THÈSE pour l'obtention de grade de Docteure en
SANTE ET SCIENCES SOCIALES

Oumy Baala THIONGANE

ANTHROPOLOGIE DE LA MÉNINGITE AU NIGER

ESPACES ÉPIDEMIQUES, MOBILISATIONS SCIENTIFIQUES & CONCEPTIONS DE LA MALADIE

Présentée et soutenue publiquement le 28 janvier 2013

Sous la direction de :

MAHAMAN TIDJANI ALOU
&
ANNE MARIE MOULIN

Jury :

HELENE BROUTIN CONSTANTIN DE MAGNY, CNRS France
TAMARA GILES VERNICK , Institut Pasteur France
ANNE MARIE MOULIN, CNRS-CEDEJ Caire
BENEDETTA ROSSI, Université de Birmingham
MAHAMAN TIDJANI ALOU, Université Abdou Moumouni Niamey, EHESS

Cette thèse est dédiée à un compagnon de route de Djibo Bacary :

Feu Abdoulaye Albert Ndiaye
& à
Feu Adja Khady Bâ Galandou

REMERCIEMENTS

L'usage est de commencer dans les remerciements pas le ou les directeurs de thèse qui ont porté au fil des années, le projet de recherche de l'étudiant. Non seulement je n'y dérogerai pas mais j'y consens avec plaisir. Si l'aventure a commencé en réalité qu'en 2009 avec Mahaman Tidjani Alou, je ne le remercierai jamais assez pour avoir construit la relation directeur-doctorant sous la base d'une relation humaine faite de complicité chaleureuse. Il aura transformé mon séjour au Niger en période de découverte passionnante pour un pays tout aussi attachant. J'y ai fait de riches et surprenantes rencontres. Je suis redevable à M Mahaman de m'avoir soutenu dans les épreuves comme dans les jours ordinaires et d'avoir supporté avec ironie mes « harcèlements administratifs et scientifiques » avec témoins à l'appui : les chercheurs du LASDEL.

Je suis redevable de beaucoup à Mme Anne Marie Moulin, ma co-directrice qui a depuis le début suivi cette recherche et ses bifurcations avec attention, critique et bienveillance. Je la remercie pour avoir apporté la richesse de son expérience, ses conseils avisés et une générosité rare à toutes les requêtes et l'ensemble des travaux que je lui ai soumis.

Au Niger, cette recherche doit beaucoup aux chercheurs du LASDEL notamment Jean Pierre Olivier de Sardan, à ses directeurs successifs Amadou Oumarou et Abdoulaye Mohamadou et au personnel administratif Ramatou et Dadé, à l'anthropologue Yolaine Ferrier.
Je remercie les autorités du ministère de la santé publique, les experts de l'OMS pour leur patience ainsi que le personnel des archives Nationales de Niamey.
Au Niveau de Keita, l'expérience et l'émotion ont été intenses et je remercie l'ensemble des travailleurs et des populations qui m'ont accueillie dans leur service, leur cour de concession, leur salon, Maïna Harouna du projet de coopération italienne qui a toujours veillé à ce que je ne meurs pas de faim, les membres de l'Equipe Cadre District notamment le médecin district, les membres de MDM notamment les coordinateurs de l'ONG, le chef de canton de Keita, à tous les malades, aux disparus. Toutes mes pensées vont à mon interprète, à qui ce travail est aussi dédié.

Toute ma gratitude va à mes amis de Niamey : Elodie Apard pour m'avoir toujours encouragée à aller plus loin, Marine de Haas, Salim Salim Zanguina, Malah, Maïna Zakary, Oronce Dossou-Yovo Marie et Ramatoulaye de Yantala, Almamy Koye et Nolween, la famille Djibo Bacary qui savent tant prendre soin. Merci à Adélie Allemand pour ses relectures.

Je suis aussi redevable aux plumes de la prévôté, mes muses de l'écriture scientifique et plus particulièrement à Moritz Hunsmann et Martin de la Soudière.

Ce travail doit beaucoup à l'historien Guillaume Lachenal qui l'a porté depuis le début, au sociologue Nicolas Dodier qui a aidé à cadrer le projet quand il n'était qu'à ses balbutiements.

Je remercie les anthropologues Dr Benedetta Rossi, Dr Fatoumata Hane, Dr Ashley Ouvier et Luisa Arengo pour leurs relectures et critiques.

Ce travail n'aurait jamais pu se réaliser sans l'apport financier de l'EHESS, de l'Agence Universitaire de la Francophonie, de l'African Population Health Research Centre de Nairobi en collaboration avec le Centre de Recherche pour le Développement International Canadien ainsi qu'au fonds Inkerman de M François Lacoste.

Je remercie Hélène Broutin du CNRS pour m'avoir ouvert de nouvelles perspectives sur les enjeux de la recherche autour des méningites et le Dr Franck Remoué
Toute ma gratitude au Dr Jean Loup Rey.

Merci à l'ensemble des documentalistes, bibliothécaires et archivistes sans qui nulle recherche documentaire n'est possible : Mme Ami Dao de l'OOAS, Mme Pueyo de l'IMTSSA et enfin Marie Sarah Villemin Partow de l'OMS Genève.

Je suis profondément redevable à ma famille, à ma mère Aïssatou à qui a cultivé mon goût de la recherche et du voyage, à mon mari qui m'a soutenu avec affection dans tous mes états tout le long, à mes frères et sœurs, à mon père, à la Famille Pennetier pour la maison de Grabels où il fait si bon écrire, à ma belle famille : Nicole, Véro, Sofiane et René.

Tous les gens qui ont soutenu cette aventure de près ou de loin qu'ils soient ici remerciés.

RÉSUMÉ :

Mot clés : méningite, Niger, santé publique, surveillance, épidémie, vaccination, Sahel

La méningite épidémique est un problème de santé publique historiquement ancré dans la société nigérienne. Il y a plus d'un siècle que le phénomène est signalé au Niger, souvent considéré comme l'épicentre d'un espace appelé « ceinture de la méningite ». Au 21ème siècle les épidémies de méningite deviennent des moments de grande mobilisation politique et scientifique par les grands dérangements qu'elles occasionnent (plus de 3000 morts en 1995). Le caractère massif et la rapidité d'évolution de la maladie condamnant à mort le malade à peine 24 heures après son apparition, en fait l'une des affections les plus redoutées.

Au début des années 1960, en envoyant un médecin militaire français, Léon Lapeyssonnie au chevet du Niger, l'Organisation Mondiale de la Santé a voulu faire de la méningite une des maladies transmissibles majeures à contrôler. En dégageant les séquences temporelles des épidémies de méningite sur un demi siècle, Léon Lapeyssonnie aura réussi à faire de la méningite non seulement "un problème spécifiquement africain", mais aussi une maladie tropicalisée, c'est-à-dire cantonnée au sein d'un espace écologique coupable s'étendant de l'ouest à l'est de l'Afrique et comprenant des coordonnées géographiques précises qui permettent d'associer les épidémies à un espace social.

Une anthropologie du temps présent montre que le phénomène a évolué et que d'importants enjeux de santé publique, sociaux, politiques entourent la question du contrôle de cette maladie au Niger. Dominé par le paradigme de l'épidémiologie, le gouvernement des épidémies de méningite est émaillé de fortes controverses scientifiques depuis plus d'une décennie alors qu'on note aujourd'hui un tournant dans l'épidémiologie de la maladie.

Que peut nous apprendre l'anthropologie sur la construction d'un phénomène pathologique aussi complexe que la méningite qui lie écologie, médecine et société? Cette thèse au croisement de l'anthropologie de la santé et de la sociologie des sciences, se propose de voir de quelle manière, la méningite a été construite comme un problème de santé publique au

Niger. Je m'intéresse particulièrement à ce qui apparaît comme un paradoxe : la gestion d'une « maladie courante » comme un problème urgent. J'étudie ce phénomène sur trois terrains spécifiques : un laboratoire scientifique, un comité de gestion épidémique et une zone rurale en milieu haoussa.

Key words : meningitis, Niger, public health, surveillance, epidemic, vaccination, Sahel

The Epidemic of meningitis is a public health problem historically rooted in the Nigerian society. More than a century ago the phenomenon was reported in Niger, often considered as the epicenter of a space called "the meningitis belt". In the 21st century, epidemics of meningitis become moments of great scientific and political mobilization by major disturbances they cause (more than 3000 death in 1995). The large number of people affected as well as the fast spreading of the disease condemning to death the patient just 24 hours after its appearance, makes it one of the most dreaded diseases in Niger.
In the early 1960's, the World Health Organization send a French military physician Léon Lapeyssonnie to rescue Niger. Indeed, the WHO wanted the meningitis epidemics to become one of the major transmitted diseases to control. By identifying temporal sequences of meningitis over half a century, Léon Lapeyssonnie had succeeded in making meningitis not only "a specifically African problem", but also a tropicalized disease, that is to say, confined within a guilty ecological space extending from west Africa to east Africa including geographic coordinates that help identify epidemics in a social space.
Contemporary anthropology shows that this phenomenon has evolved and that important issues on public, social and political health evolve around the control of this disease in Niger. Overpowered by the paradigm of epidemiology, the Government of meningitis epidemics is being hindered by strong scientific controversies for more than a decade while even so we are on the turning point of a epidemiological change.

What can anthropology teach us on the building up of a pathological phenomenon as

complex as meningitis linking ecology, medicine and society? This thesis at the junction of medical anthropology and the sociology of science tends to see how meningitis was built as a public health problem in Niger. I am particularly interested in what appears to be a paradox: the management of a "common disease" as an urgent problem. I'm looking at this paradox through three fields: a scientific laboratory, an epidemic management committee and a rural hausa town.

CONVENTIONS D'ECRITURE

- AVERTISSEMENT

Les opinions développées dans cette thèse sont propres à l'auteur et n'engagent que sa responsabilité.

- ANONYMAT

Pour respecter l'anonymat des données, le nom des personnes et parfois le sexe a été modifié dans les verbatim et remplacé par des noms imaginaires ou par la fonction des personnes concernées. La position géographique de l'un des terrains de recherche a également été modifiée.

- PRÉCAUTIONS SYNTAXIQUES ET LEXIQUE

Les citations en anglais sont en italique dans le texte avec des guillemets anglais double : "…"
Les citations en français sont en caractère normal avec des guillemets typographiques : « … ».
Les expressions de l'auteure sont signifiées parfois dans le texte par l'usage de guillemets droits double : "…"
Le lexique comprend les termes vernaculaires en haoussa. La transcription des termes vernaculaires apparaissent ici sous une forme simplifiée tout en prêtant attention à la spécificité du dialecte haoussa de l'Ader. L'orthographe des mots a été vérifié dans les travaux de Bernard Caron (1991) et le dictionnaire Caron et Amfani (1997)
Les termes issus du langage vernaculaire haoussa sont en italique et sont définis dans le texte.
Les termes comme « riposte », « stratégie », « gestion des épidémies », sont utilisés dans la mesure où ils relèvent du registre émique couramment utilisé par les personnes observées et interrogées.

LEXIQUE

al hairi : le bien être
aljana : pluriel de **jin** désigne des génies
Allura : piqûre
Anoba : épidémie
Bawa : esclave
Boka : guérisseur
ciyòo wankay be sabka : la douleur ne descend pas
ciyòo wuyàa : douleur du dos
ɗahuwa : quelque chose qui colle. Ce terme est utilisé pour signifier la transmission
Dan kanoma : entité nosologique populaire désignant les hémorroïdes
Dan-sankarau : fils de la raideur désigne la méningite
Doguwa : nom d'un génie haoussa.
Fada : rencontre amicale
Gangariya : colonne vertébrale
Halbi : flêcher
Hayaƙi : technique de fumigation
Iskāa : vent, terme pouvant désigner une entité morbifique
kama Doguwa : personne possédée par Doguwa
Kangariwa : cou sec
karanti : déformation française du terme quarantaine
Laka : moelle épinière
Likita : hôpital
Lisawane : classe sociale touareg parmi laquelle est nommée la chefferie à Keita
Lokaci zahii : le temps de la chaleur
Magorawa : vendeur d'herbe médicinale
Maï gari : chef de village
Mai likita : le soignant (litt : chef de l'hôpital)
Mai magana : propriétaire du médicament, désigne soit le vendeur ambulant de médicaments soit le pharmacien
Malam : homme de lettres désigne un marabout
Massassara : ensemble de symptômes qui ont trait à la fièvre prise dans une acception large pouvant inclure des pathologies comme le paludisme
Mugun gamo : mauvaise rencontre
Mulela : litt. Nous sommes libres désigne les descendants de captifs
Rānā : soleil
Raywa : rejoint une certaine idée de l'âme
Rigakayi : prévention
Ruwa : l'eau
Sarkï : Dignitaire haoussa, désigne le chef

Sawkin kurwa : désigne une ombre,
Tudun intshiri guda : lieu de malédiction a désigné pendant la période coloniale, la dune où l'on ne revient pas intact
Sanyii : fraîcheur
Shawshawa : inoculation désigne également la vaccination
s'òoroo : peur
wuyàa ci sankarau : cou qui s'immobilise
wuyàa ne yayi bāyā : le cou est tiré ou va en arrière
y̓an daji : désigne des génies, petits êtres de la forêt
Yunwa : malnutrition
zaburey-zaburey : frissons
zahii : chaleur

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE....15
1.1 Questions épistémologiques et postures méthodologiques....26
1.2 Appréhender l'objet de recherche par le biais de l'interdisciplinarité....29
1.3 Question de sources :....32
PARTIE I : LES ÉPIDÉMIES DE LA PÉRIODE COLONIALE À L'INDÉPENDANCE....35
Chapitre 1. Les épidémies de méningite dans la colonie du Niger....38
1.1 Les années 1920....38
1.2 Les années 1930....48
1.3 Les années 1940....49
1.4 Les années 1950....52
1.5 Conclusion : Un demi siècle de « mort rapide »....55
Chapitre 2. La construction de la méningite épidémique....57
2.1 Léon Lapeyssonnie, un expert désigné....57
2.2 Une histoire de délimitation....65
2.3 La méningite, palliatif à l'échec de la campagne d'éradication du paludisme ou intérêt conjoncturel ?....67
2.4 La construction d'un espace écologique coupable :....71
2.5 La nouvelle endémie africaine :....85
2.6 L'invention des cycles :....86
2.7 Un phénomène transnational....91
2.8 Envisager le contrôle de la maladie....92
2.9 Traduction scientifique....94
2.10 Naissance d'une technologie de l'urgence....97
2.11 Briser l'épidémie ou « suspendre la mort »....101
2.12 Conclusion de chapitre....102
PARTIE II: DES SENTINELLES SANITAIRES À LA PORTE DU SAHEL. ESPACES ET JEUX D'ACTEURS....105
Chapitre 3. Institution 1. Parler d'un terrain qui n'eut pas lieu et d'autres choses…Anthropologie des dispositifs de résistance dans un laboratoire de recherche....106
3.1 La petite histoire des représentations et des discours sur la recherche en coopération..106
3.2 Retour de terrain :....117
3.3 Les différents moments critiques de la négociation....120
3.4 Surveiller l'anthroplogue....126
3.5 Assignation et Intégration :....130
3.6 Verrouillage du terrain d'enquête :....132
3.7 Ouvrir le terrain ?....133
3.8 Résistance et intimidation....134
3.9 La faillite de l'entreprise ethnographique....136
Chapitre 4. Le temps de la pandémie....141
4.1 Une pandémie qui ouvre la boîte de Pandore....142
4.2 Diagnostiquer un événement....147
4.3 Une épidémie noyée dans « l'ère de l'euphorie démocratique »....159

4.4 Tourments de l'après pandémie. Des controverses scientifiques au cœur de la question vaccinale 168
4.5 Premier round : traductions foisonnantes et contradictoires autour du vaccin 171
4.6 Second Round : La preuve dans l'épreuve. La rationalisation du monde chaotique des épidémies 184
4.7 Troisième round : la controverse dans les médias 193
4.8 La table ronde de l'OMS 196
Chapitre 5. Institution 2. Une ethnographie au ministère. La fabrique de la santé publique en période épidémique au Niger. 198
5.1 Extrait de naissance : 201
5.2 Ethnographie des lieux : 209
5.3 Des acteurs hétérogènes dans un univers du risque : 213
5.4 Ce que préparer implique 235
5.5 Ne pas décider de ce qui sera fait : 240
5.6 Se donner les moyens 244
5.7 L'ennemi extérieur ou la théorie frontalière de la transmission 254
PARTIE III : PRATIQUES ET CONCEPTIONS AUTOUR DE LA MENINGITE EPIDEMIQUE DANS L'ADER 266
5.8 Rappel méthodologique : 267
Chapitre 6. Une analyse situationnelle de Keita 268
6.1 Un terrain « surinvesti » entre aide au développement et programmes humanitaires 273
6.2 Une société au miroir de ses médecines 278
6.3 Le système de gratuité des soins 281
6.4 Soignants, rapports de pouvoir et maladie 284
6.5 De l'aide au développement à la mission d'urgence. Les Médecins du Monde France 295
6.6 Entre faire vivre et laisser mourir ? Les implicites de la prise en charge 302
6.7 Pratiques autour de la vaccination 311
6.8 Les responsables administratifs, les chefs traditionnels et coutumiers et les relais communautaires 318
Chapitre 7. Conceptions populaires autour de la méningite. Éléments pour une anthropologie de la méningite chez les Haoussas de l'Ader 322
7.1 L'environnement coupable ou une « maladie de passage » nommée *dan-sankarau* 322
7.2 Le *dan sankarau* , un mal boudé par les tradipraticiens? 330
7.3 Halimatou Dawi: 334
7.4 Aïchatou Aboubacar 339
7.5 Kariya Muhamed: 349
7.6 Saguiru et famille 358
CONCLUSION : 364
BIBLIOGRAPHIE GENERALE : 371
ANNEXES 385

Liste des sigles, acronymes et abréviations

ACF : Action Contre la Faim
AMI : Assistance Médicale Indigène
ANN : Archives Nationales de Niamey
AOF: Afrique Occidentale Française
ASC : Agent de Santé Communautaire
CDC : Center for Diseases Control and Prevention
CNGE : Comité National de Gestion Épidémique
CRENAM : Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Modéré
CRENI : Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensif
CRENAS : Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
CRI : Croix Rouge Internationale
CS : Case de Santé
CSI : Centre de Santé Intégré
DDT : Dichlorodiphenyl trichloroethane
DLME : Direction de la Lutte contre la Maladie et les Endémies
DSSRE : Direction des Statistiques de la Santé et de la Riposte aux Épidémies
DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique
ECD : Équipe Cadre District
ECHO : Office d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne
EIS : Epidemic Intelligence Service
EPST : Établissement Public à caractère Scientifique culturel et Technique
FAD : Fonds d'Aide au Développement
FAO : Food and Agriculture Organization
FORSANI : Forum Santé Niger
GAVI : Global Alliance for Vaccine and Vaccination
HD : Hôpital de District
HNN : Hôpital National de Niamey
ICG : International Coordinating Group
IMTSSA : Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées
IRD : Institut de Recherche pour le Développement
LASDEL : Laboratoire d'étude et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement Local
LCR : Liquide céphalo-rachidien
MDM : Médecins Du Monde
MSF : Médecins Sans Frontières
MSP : Ministère de la Santé Publique
NIH : National Institute of Health
NICH : National Institute of Child Health and Human
OCCGE : Organisation de Coordination et de Coopération des Grandes Endémies
OMD : Objectifs du Millénium pour le Développement
OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisations des Nations Unies
OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé
ORSTOM : Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre Mer
PEV : Programme élargi de Vaccination
PDS : Plan de Développement Sanitaire
PSP : Programme Spécial du Président
PDL/ADM : Projet de Développement Local Ader Doutchi Maggia
SGHMP : Service général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
UE : Union Européenne
UNICEF : United Nations Children's Fund
USAID : United States Agency for International Aid

INTRODUCTION GENERALE

Dans *Le mystère des épidémies*, publié par les docteurs François Rodhain et Jean-François Saluzzo, la méningite à méningocoque est déclarée « ennemi épidémique n°1 » par sa propension à s'attaquer aux collectivités et à se disséminer très rapidement, notamment dans les pays où la médicalisation est faible et où elle déstructure le système de santé existant[1]. Au Niger, les autorités de santé publique, l'appellent « la méchante » car elle ravage en laissant des traces. Dans un district sanitaire appelé Keita qui signifie d'ailleurs en haoussa la méchante et qui faisait partie dans les années 1960 de ce qui a été dénommé la « zone rouge », « le terrain de parcours favori des épidémies de MCS[2] », mon enquête aura accompli une boucle, celle d'une maladie cristallisant bien des frayeurs et des phantasmes, tant du côté scientifique que populaire.

Alors qu'on dénombre en France 1 à 3 cas de méningite pour 100 000 habitants par an[3], au Niger, le taux d'attaque peut atteindre 1000 cas/100 000[4]. Pour les médecins, les autorités de santé publique et les hommes politiques, les épidémies de méningite sont une urgence médicale, sociale et politique. Si un demi-siècle auparavant, la méningite cérébro-spinale—d'origine bactérienne, à ne pas confondre avec les autres types de méningites, notamment virale—qui s'attaque au cerveau et à la moelle épinière, était déclarée comme une maladie peu fréquente dans les pays européens, au début des années 60, elle est perçue comme un « problème épidémiologique spécifiquement africain[5] ». la charge de morbidité qu'elle revêt dans le continent lui confère une place particulière dans le paysage de la santé publique. Dans les années 1960, il est admis que ce problème est à envisager sous «l'angle exclusivement

1 RODHAIN et SALUZZO, 2005, page 239

2 LAPEYSSONNIE, 1963, page 7

3 Journée en hommage à Lapeyssonnie, CAUGANT D A, 2002, page 315

4 Il s'agit d'un taux d'incidence cumulée lorsque la population est exposée pendant un temps. Le taux d'attaque est calculé en fonction d'un temps T (une semaine) et concerne le rapport entre le nombre de malades présents et l'effectif de la population.

5 LAPEYSSONNIE, idem, page 5

africain[1] ». Deux vaccins seront mis au point dans les années 1970 qui ciblent les sérogroupes A et C (dominants) mais seront utilisé selon une stratégie qui restreint son usage à la période des épidémies avec des conditions particulières. Les experts et les organisations internationales dont l'OMS en tête justifieront cette stratégie par la limite immunitaire des vaccins polysaccharides qui ne protègent que durant 3 ans. Le Sahel dépourvu d'outil de vaccination efficace sera cantonné à utiliser un vaccin de « vieille génération ». Au moment même où cette thèse s'achève, un vaccin conjugué contre le A destiné aux pays sahélien a vu le jour. Victoire éclatante de la recherche dans les pays du sud pour les pays du sud, un laboratoire indien a contribué au développement du vaccin et l'OMS de déclarer triomphalement : « un nouveau vaccin révolutionnaire promet de mettre fin aux épidémies en Afrique[2] » puis: « La méningite fin d'un fléau centenaire[3] » et Médecins Sans Frontière (MSF) de renchérir : « Mali vers la fin des épidémies de méningite[4] ». Or l'émergence d'un nouveau sérogroupe, le W135 fortement pathogène, nécessite plus de prudence. En 2010, le Niger a fait une épidémie de W135 qui a concerné 70% des cas.

Les porteurs de méningocoques sont capables de d'héberger plusieurs sérogroupes. Lors du processus d'épidémisation non encore résolu par les spécialistes, il se produit une compétition, le sérogroupe qui gagne la partie est celui qui causera une épidémie. Il arrive que deux sérogroupes parviennent au même moment sur la ligne d'arrivée et qu'une épidémie complexe nécessitant deux types de vaccins se pose sur le terrain. Les spécialistes estiment que la découverte d'un nouveau vaccin pourrait être à l'origine du processus de remplacement bactérien.

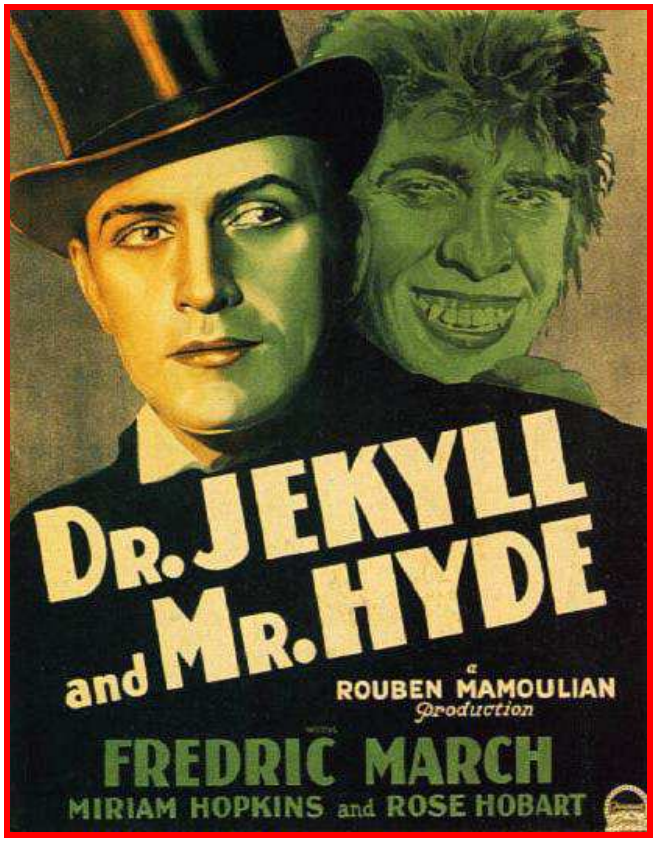
---

1 Idem, page 3

2 Communiqué OMS, [en ligne] : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/meningitis_20101206/fr/index.html consulté le 16 juillet 2012

3 Bulletin OMS, 2011;89:550–551

4 MSF, 2011, [en ligne] : http://msf.fr/press/videos/mali-vers-fin-epidemies-meningite consulté le 16 juillet 12



Cette capacité du méningocoque à changer de visage a inspiré certains scientifiques de l'INSERM, qui comparent la bactérie à Dr Jekyll et M Hyde. Affiche du film adapté par Rouben Mamoulian, 1931.

L'histoire des épidémies de méningite en Afrique révèle d'éclatants rebondissements. Aujourd'hui, elle nous suggère que la page est loin d'être tournée. L'issue du conflit entre le méningocoque et l'homme ne semble guère pencher en faveur du second. En 2012 comme cinq décennies auparavant, la course contre la montre parait relancée. L'on se remémore la phrase du médecin militaire Léon Lapeyssonnie dans le préambule de son rapport datant de 1963 et adressé à l'OMS : « la méningite nous plonge dans un présent inquiétant[1] ». Alors qu'il existe des mesures préventives en France par une antibiothérapie des proches du malade permettant de maintenir l'incidence de la méningite à une très faible expression, en Afrique dans les années 1960 déjà, ce joker était épuisé. Les résistances des méningocoques aux sulfamides, largement utilisés au sein de la population, conduisaient à repenser la stratégie de

[1] LEON LAPEYSSONNIE, op cit., page 4

santé publique encore naissante et à décider l'OMS, au milieu des années 1970, à recommander une vaccination « à la carte » ou « réactive » encore appelée « vaccination d'urgence » consistant à immuniser les populations confrontées au risque au moment de l'épidémie. Il existe différentes types de méningite, seule la méningite bactérienne causée par le méningocoque déclenche des épidémies de grande ampleur. Différents sérogroupes, leurs souches, auxquels il faut compter des clones de méningocoque sont par ailleurs répertoriés. Parmi ces sérogroupes, les A, C, W135 et X causent des épidémies de méningite récurrentes[1] avec cependant une prédominance du A depuis un siècle. Souvent une épidémie se propage par le biais de deux sérogroupes A et C et depuis ces deux dernières années A et W135. Le méningocoque a un unique réservoir connu qui est l'homme. La plupart du temps, cette bactérie est inoffensive, elle est une habituée du rhinopharynx et se loge dans la gorge de 5 à 30% de porteurs. Ce rhinopharynx est en réalité une niche écologique des agents pathogènes que sont les méningocoques. Certaines circonstances comme une pharyngite banale antérieure peuvent rendre la bactérie dangereuse et virulente et justifier la description fameuse que lui a donnée le médecin militaire Léon Lapeyssonnie: « ce tueur sournois et imprévisible[2] ». La bactérie se détache alors de son agrégat par le biais de petits poils nommés pili, colonise l'organisme et pénètre dans le sang[3]. De là, les méningocoques s'attaquent aux méninges, les enveloppes qui protègent le cerveau et la moelle épinière ainsi qu'au liquide céphalorachidien (LCR). Leur inflammation déclenche la maladie, qui, en l'absence de traitement est fatale dans les 24 heures pour 50% des individus. La maladie peut laisser des séquelles lourdes telles que la surdité ou des problèmes neurologiques. La période d'incubation ne dépasse pas 10 jours, un temps extrêmement court pendant lequel, entre la déclaration d'une épidémie, la quête des ressources et la campagne d'immunisation, il est souvent beaucoup trop tard. Par ailleurs, les proches d'une personne atteinte ne développent pas forcément la maladie, certaines personnes ne sont même pas porteurs de méningocoques, cette configuration qui va du porteur au malade en passant par le réceptif est complexe,

[1] Epidémie qui part dans la communauté d'une petite proportion d'individus sains
[2] idem

[3]Cette connaissance est relativement nouvelle, on l'a doit à l'équipe du Dr Guillaume Duménil, le 11 février 2011 : Chamot-Rooke, Julia, et al., 2011, Posttranslational Modification of Pili upon Cell Contact Triggers N. meningitidis Dissemination. *Science,* 331(6018):778-782.

,déroutante, rend difficile la prise en charge de la maladie et disqualifie le modèle classique de la prévention. La méningite est une pathologie de l'incertitude aux yeux des médecins, elle n'est pas liée uniquement à un modèle classique de la contagion. On ignore le facteur principal d'émergence et les processus qui conduisent à la susceptibilité puis à l'infection, plusieurs notions de l'épidémiologie de cette maladie sont élaborées sous forme d'hypothèse. Selon les experts de santé publique et les climatologues, les épidémies de méningite sont des phénomènes cycliques qui se produisent tous les 3 à 5 ans dans la bande sahélienne s'étendant du Sénégal à l'Ethiopie. Les climatologues établissent une forte corrélation entre le climat et les épidémies de méningite, notamment les particules de poussière drainées par l'harmattan et et le taux d'humidité de l'air. Ce paradigme dominant dans le milieu tend à réduire la méningite à l'exemple de la sécheresse à sa dimension exclusive d'aléa climatique[1]

Au Niger, la maîtrise des épidémies de méningite se base sur une politique de santé publique concernant 14 pays sous surveillance et dictée par les agences internationales telles que l'OMS et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). La maîtrise de la maladie relève principalement des interventions d'urgence lorsque l'épidémie est avérée or les phénomènes épidémiques sont annuels dans les pays concernés. Par ailleurs, la stratégie de santé publique autour des épidémies de méningite ne peut être dissociée d'une politique sous-régionale incarnée par la surveillance d'un "Sahel pathogène" où la méningite épidémique fait des ravages depuis plus d'un siècle et demi. Cette stratégie transnationale est importante à prendre en considération. Comprendre la politique de santé publique au Niger autour des épidémies de méningite nécessite de ne pas disqualifier le rapport entre les pays frontaliers car les discours des acteurs nationaux sur ces épidémies ont souvent privilégié la logique du bouc émissaire.

L'épidémie de méningite comme objet

Dans la fin des années 1990, les pouvoirs publics nigériens ont adhéré à un bon nombre de dispositifs et élaboré des déclarations d'intention afin de renforcer la surveillance

[1] J COPANS., 1976

épidémiologique et bactériologique. La difficulté de prévoir les épidémies en fait un événement imprévisible justifiant la stratégie de réaction aux épidémies qui consistent à percevoir dans les seuils d'alerte et d'épidémie, des signes objectivables permettant à la politique de santé publique de se déployer dans toute sa grandeur et souvent son incurie. Le dispositif est basé sur le principe de surveillance qui permet de se préparer et de répondre aux épidémies. La surveillance épidémiologique est un exercice de quantification et de veille qui implique d'enregistrer des cas qui ont été identifiés par le personnel de santé, de les signaler, d'analyser les données compilées et d'objectiver le risque épidémique. Il s'agit ici de la loi des grands nombres[1] c'est-à-dire d'une mise en statistique du réel. La surveillance épidémiologique est complétée par la surveillance microbiologique accomplie par un agent de laboratoire qui doit identifier le germe responsable de la maladie, l'enregistrer et le signaler. Cette surveillance au sens général permet de déterminer la valence de la bactérie à des fins de stratégie de santé publique. Dans le passé, des épidémies particulièrement meurtrières et destructrices pour le système de santé des pays à forte incidence ont conduit à implanter de tels dispositifs dont la complexité et la maîtrise ont été questionnées à différentes reprises durant ma recherche. Si cette stratégie est relativement récente (fin des années 1980) et a ses limites, elle ne fait pas l'objet d'une remise en question au sein de l'espace public nigérien. J'ai été conduite à m'intéresser particulièrement aux scientifiques et plus spécifiquement au travail des épidémiologistes qui ont inspiré les stratégies de maîtrise des épidémies de méningite et les normes de santé publique. C'est précisément les rouages de cette santé publique en train de se faire, sa boite à outils que j'ai voulu interroger, à travers deux années d'enquête entre Niamey et Keita au Niger[2].

Une problématique a été retenue le long d'un cheminement intellectuel et au fil de mes enquêtes : celle qui consiste à comprendre comment les épidémies de méningite ont été construites comme problème de santé publique avec une question sous jacente : quelle est la

[1] Voir DESROSIERES A, 1993

[2] Le temps imparti à cette thèse qui n'a débuté que fort tardivement pour de multiples raisons dont la première fut surtout financière, a été trop court pour engager le travail d'approfondissement que certains chapitres auraient mérité, ce n'est sans doute que partie remise.

logique qui sous tend la politique d'urgence autour des épidémies ? Alors que j'étais partie sur un projet de compréhension de la maîtrise de la maladie dans l'espace public nigérien, la confrontation avec les pratiques discursives et non discursives des acteurs m'a amenée à me poser des questions sur la centralité de la "pensée épidémique". Cet intérêt m'a conduit à considérer la maladie sous sa manifestation épidémique et donc à m'interroger sur les modalités de sa construction. Autrement dit, il s'agit de voir comment des concepts produits sont devenus des éléments de la réalité sociale et comment les acteurs s'appuient sur eux pour déterminer leur stratégie et leur choix. L'approche privilégiée dans le processus de recherche s'inspire des travaux des constructivistes en essayant de comprendre comment la mise en visibilité d'un problème et les choix qui ont été opéré ont affecté les êtres sociaux. La stratégie d'analyse privilégiée a été l'étude de la mise en visibilité des épidémies de méningite inspiré par les travaux de Michel Setbon sur le Sida[1]. Nous verrons comment les concepts produits autour des phénomènes d'épidémie de méningite sont devenus pleinement des éléments de la réalité sociale advenant dans l'institutionnalisation[2] de la maîtrise des épidémies de méningite au Sahel, les stratégies et les choix des acteurs de santé.

Cette thèse est divisées en trois parties. La première, composée de deux chapitres, retrace succinctement les épidémies de la colonie du Niger entre 1921 et 1960, tels qu'elles sont évoquées dans les rapports de santé et les publications médicales des médecins coloniaux que j'ai consultés. Il s'agit dans cette partie de restituer les épidémies de méningite dans leur épaisseur temporelle en étant attentive à leurs connexions sous-régionales et internationales. On verra que les épidémies de méningite ne sont pas des phénomènes isolés ou récents dans la société nigérienne et que leur traitement a mobilisé de longue date différents acteurs dont les médecins militaires. La revue linéaire des tentatives de maîtrise des épidémies pendant la période coloniale permet d'appréhender ce à quoi étaient confrontées la médecine coloniale et les populations, et comment un bilan peut laisser comprendre qu'à la veille des indépendances, le problème restait entier.

[1] SETBON, 1993

[2] L'institutionnalisation étant pris comme habituation ou routinisation de pratiques collectives avec mise en exergue d'un contrôle social sur les pratiques et typifications des actions (le fait d'établir qu'une action X sera exécutée par un acteur Y dans un contexte donné) Voir BERGER & LUCKMANN, 2012, page112

Le second chapitre se base sur l'étude de ce qui est considéré à l'OMS comme la « bible de la méningite », le rapport du médecin militaire et consultant à l'OMS Léon Lapeyssonnie. Il s'agira d'analyser les thématiques les plus centrales de son étude au Niger et plus généralement en Afrique. J'essayerai d'analyser par quel travail de différenciation entre la maladie et son phénomène amplifié l'épidémie, la construction sociale de l'épidémie de méningite comme problème de santé publique a été possible.

La seconde partie concerne la traduction scientifique et politique du problème de santé publique, incarnée par deux institutions centrales au Niger. La première concerne un centre de recherche sur les méningites où le travail ethnographique a été rendu impossible par différents facteurs qui ont permis de livrer un travail réflexif sur les situations de recherche en contexte postcolonial. Le cinquième chapitre est l'étude du Comité National de Gestion Épidémique dont la naissance est consécutive à la pandémie de méningite de 1995 (4ème chapitre). Les trois chapitres consacrés à cette partie reviennent sur le paradigme dominant de la surveillance et sur l'importance prise par l'épidémiologie dans le contrôle des épidémies au Niger.

La troisième partie est un miroir tendu au milieu institutionnel, une ethnographie par le bas qui tente de jeter un pont entre le dispositif politique incarné au centre (Niamey) et la santé publique par temps d'épidémie en périphérie (Keita). Il s'agira d'être attentif aux articulations, aux incohérences et à ce qui est en marge de la politique de santé publique : les représentations sociales de la maladie par les patients haoussa en milieu hospitalier.

Le découpage de la thèse correspond à la dynamique de recherche et à l'intérêt scientifique que j'ai conçu pour le phénomène épidémique et à sa tentative de contrôle. On verra qu'en réalité l'épidémie se dissout vite devant le problème que pose la réponse apportée au problème, l'économie de la pénurie, le mode de gouvernement par l'aide internationale et l'accès aux ressources telles que les vaccins.

Deux précautions sémantiques méritent d'être prises avant d'aller plus loin. La première concerne la santé publique. Tenter d'en donner une définition, même après quatre années de recherche, demeure présomptueux. Les spécialistes de la question qui ont essayé de le faire estiment l'exercice périlleux, tant il est vrai que plusieurs définitions coexistent. Je reprendrai à mon compte la définition qui en est donnée par Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon comme l'administration collective de la maladie et du corps au nom du bien être. La santé publique est « vouée à être mise en œuvre » au service du collectif, elle produit une expertise pour le monde des décideurs. S'inspirant de l'analyse webérienne, les anthropologues de la santé décrivent le médecin de santé publique comme le savant éclairant le politique[1]. Trois autres particularités importantes de la santé publique concernent son utilitarisme, son pragmatisme et son technicisme Dans une perspective déconstructiviste et critique, les auteurs ont également mis en avant l'ancrage culturel de la santé publique c'est-à-dire l'inscription sociale et symbolique de ses assertions. Cette thèse montre que celle-ci ne va pas de soi et la recherche menée sur les épidémies de méningite a servi à débusquer ce qui est de l'ordre des implicites de cette question de santé publique, de la « naturalisation[2] », du phénomène, résultat d'un long processus. Si en France, la santé publique est accusée de trop en faire et d'incarner une idéologie envahissante, au Niger, elle serait plutôt, le reflet d' « une utopie contrariée »[3] se dotant des normes puisées dans les politiques de santé publique internationale qu'elle peine à pouvoir appliquer. Cette santé publique de l'inaccessible se traduit en outre par des injonctions sanitaires dans un contexte de pénurie et de "biopolitique déléguée". La gestion de la vie des populations revenant de fait aux agences d'aide et aux institutions internationales qui arbitrent les choix sanitaires des pays du sud tandis que les autorités de santé publique à l'échelle nationale peinent à définir leurs priorités.

La seconde précaution sémantique consiste à définir l'épidémiologie. Or, l'expertise épidémiologique des années 1960 et celle d'aujourd'hui ont des différences notables. Si l'épidémiologie française a connu une grande impulsion dans les années 60, cette discipline a

---

[1] J-P DOZON et D FASSIN (dir.), 2001, page 8

[2] FASSIN D, idem

[3] MURARD et ZYLBERMAN, 1996

subi en France différentes étapes avant de faire école. Luc Berlivet a livré les ressorts de cette implantation de son « essor contrarié » l'enracinement d'un nouveau mode d'investigation des maladies fondé sur la compréhension des facteurs de risque en s'attachant à retracer un réseau d'épidémiologistes dont les médecins militaires sont absents[1]. Or on pourrait émettre l'hypothèse que l'épidémiologie militaire a largement fait école de manière parallèle en s'attachant d'une manière holiste à décrire les causes des maladies infectieuses. Son expertise a été largement déployée au niveau des pays tropicaux. Lapeyssonnie qui a été professeur de cette discipline à l'école du Pharo puis directeur de la division d'épidémiologie de l'Institut Mérieux, livre une définition succincte de l'épidémiologie dans l'ouvrage qu'il publie en 1979 à propos des épidémies :

> « L'épidémiologiste cherche à comprendre la tendance des épidémies et à débattre du chemin qu'elles parcourent les nouveaux lieux qu'elle va atteindre. Il essaye aussi de prévoir la réapparition dans le temps des poussées épidémiques: il serait même enclin à vaticiner sur le retour inéluctable mais plus ou moins proche de certaines affections épidémiques[2] »

Bien que cette définition contienne l'essence de la discipline aujourd'hui, l'analyse des travaux des épidémiologistes de l'époque souligne surtout une analyse heuristique des épidémies, un intérêt prédominant pour les maladies infectieuses et une différence de méthodologie avec l'épidémiologie moderne. On est loin de « la loi des grands nombres[3] », des méthodes de validation actuelle les corrélations statistiques. Or l'épidémiologie militaire mérite une place importante dans l'histoire de l'épidémiologie française, les militaires ont été longtemps les grands spécialistes des maladies tropicales transmissibles. L'épidémiologie militaire a ainsi fourni un corpus important inspiré de l'école d'hygiénisme. Ce corpus a été constitué dans le cadre de l'occupation coloniale française dans les pays tropicaux. Certains des précurseurs de cette épidémiologie restent sans doute Charles Dopter et Kelsch L F A connus pour les travaux sur l'épidémiologie des maladies infectieuses dans la première moitié du 20ème siècle et plusieurs fois cités dans les travaux de Léon Lapeyssonnie. Quant aux travaux du médecin

[1] BERLIVET L, 2005c

2 LAPEYSSONNIE, 1979, page 138

[3] LUC BERLIVET, 2001

militaire, ils consistent en une épidémiologie géographique associant la méningite à un milieu écologique. Il serait intéressant que les historiens intègrent cette page oubliée de l'épidémiologie française dans l'historiographie et nous éclairent sur les orientations différentes entre l'épidémiologie française de l'école de Rennes et l'épidémiologie militaire[1]. Il reviendrait probablement à l'histoire des sciences d'éclairer ce qui apparaît comme un "anachronisme" dans l'îlot de l'épidémiologie française de l'époque.

L'épidémiologie telle qu'elle est définie aujourd'hui est la science qui tente d'établir des corrélations significatives entre un facteur d'exposition et une maladie. Un de ses objectifs les plus ambitieux est de passer du facteur de risque au facteur causal par un certain nombre de critères définis par un de leur spécialiste nommé B. Hill et renforcés par Lilienfield[2]. L'épidémiologie est l'étude des causes mais également des grandes lois qui règlent l'apparition de la maladie chez l'individu et dans le corps social.

[1] LUC BERLIVET,

[2] Voir à ce titre BERLIVET L, idem et PERREY C, 2001

1.1 Questions épistémologiques et postures méthodologiques

Observer la santé publique en train de se faire par temps d'épidémie implique d'explorer un phénomène social émaillé par l'urgence. Le sujet de recherche relève de l'anthropologie des actions d'urgence, par la manière dont les réponses qui sont apportées à l'épidémie engagent une rupture avec la routine de la santé publique et mettent au devant de la scène des acteurs de l'urgence (membres d'ONG) et des interventions d'urgence. Par ailleurs, les épidémies sont des objets temporels fuyants qui nécessitent d'explorer au même moment les lieux où cela se passe. En investiguant l'épidémie et non la maladie en tant qu'objet de recherche, l'approche a l'intérêt de relever ce qui est de l'ordre du brouillage et de l'incohérence en santé publique. Au Niger, la recherche révèle que depuis bien longtemps les épidémies de méningite se produisent de manière régulière, or elles continuent d'être un événement dans l'espace de la santé publique. Une question au demeurant est qu'est ce qui est au principe de la gestion événementielle d'un phénomène récurrent ? L'épidémie est ainsi événement par son irruption et par le bouleversement temporel qu'elle produit, dans l'espace public. l'observation empirique ainsi que les savoirs épidémiologiques établissent une durée de trois à cinq mois pour les épidémies saisonnières. Celles ci bouleversent les activités quotidiennes des acteurs de santé publique ainsi que des populations prises entre la peur et l'hystérie, sentiments partagés en milieu populaire mais aussi manifestes chez les experts, au même titre que les rumeurs et la quête d'une échappatoire à la mort. Ainsi, la singularité de l'événement épidémique réside dans l'ampleur et les enjeux politiques, sociaux et géopolitiques qu'il met à jour. Cependant les temporalités ne sont pas les mêmes qu'il s'agisse de la dimension évenementielle vue à l'aune du cycle épidémique par les experts en santé publique et sa dimension de maladie connue, maladie événement chez le sens commun. La pensée de la méningite épidémique comme événement se situe ainsi dans plusieurs dimensions temporelles, nécessite plusieurs lectures du temps. Sans tomber dans les pièges du sensationnalisme journalistique[1], on verra comment la pandémie de méningite de 1995 vue au Niger fait l'objet d'un traitement médiatique intense, comment l'épidémie est aussi mise en scène. L'anthropologie de la méningite épidémique n'échappe effectivement pas aux

[1] BENSA A et FASSIN E, 2002

difficultés liées à l'histoire événementielle, l'analyse pose le problème de la « trompeuse durée[1] » critiquée par Fernand Braudel si hostile à l'histoire événementielle, « cet instantané d'histoire[2] ». Pour Braudel, tout événement est par essence brève, il ne s'agit pas plus que d'histoire récit dont la prétention est de dire « les choses comme elles se sont réellement passées[3] ». Pour rompre avec un tel écueil, avec la même exigence que celle des sociologues constructivistes de la santé publique[4], le marqueur ou dimension temps a été pris en compte pour demeurer attentif au moment où le problème a été identifié, défini puis géré. La trajectoire des acteurs est ainsi prise en compte. Toujours dans la même logique de refuser l'écueil de la « trompeuse durée », trois registres de réflexion ont été choisis et qui concernent : une histoire des épidémies de méningite au Niger, la réponse politique au problème de santé publique et la gestion sociale de la méningite épidémique.
Le premier registre de réflexion est basé au point méthodologique sur l'examen et l'analyse de corpus important de l'historiographie de la santé coloniale au Niger et en France ainsi que sur l'analyse du corpus sis au siège de l'OMS Genève.

Le second axe d'étude concerne une ethnographie in situ de deux institutions sanitaires nigériennes chargées de la réponse aux épidémies de méningite sur le plan scientifique et sur le plan administratif et politique. La première institution concerne un centre de recherche sur les méningites dont l'enquête n'a pas aboutie. M'appuyant sur une approche réflexive sur ma position sur ce terrain et sur les enjeux éthiques de la recherche, j'ai restitué les détails d'un travail ethnographique empêché et de la neutralisation de la critique anthropologique. La seconde institution concerne la gestion des épidémies au Comité National de Gestion Épidémique (CNGE) du Niger. Le protocole de recherche fixé au début de la thèse a été "contrarié" par une curieuse rencontre. Un coopérant français, conseiller technique du ministère de la santé recommandé dans les coulisses du ministère, m'a invitée à observer le cœur des décisions autour des maladies épidémiques, le CNGE. J'ai dès la première réunion,

---

[1] BRAUDEL F, 1985

[2] Idem, page 22

[3] Idem

[4] GILBERT C et al, 2009

accepté les vertus heuristiques d'un tel univers de recherche. L'entrée non annoncée de la première fois a été par la suite corrigée par une présentation en règle autour des membres permanents de ce comité et de l'explication de ma démarche. Celle-ci n'a pas toujours été comprise étant donné que mon statut a été les premiers temps, mis en parallèle avec celui d'un journaliste. Ma présence hebdomadaire sur deux années a permis de dissiper le malentendu, ainsi que les discussions approfondies pendant lesquelles je suis revenue sur mon travail avec certains membres à la fin de la réunion. L'amusement des premiers jours a très vite fait place à une sorte d'indifférence, ma présence effacée a semblé être oubliée. Certains acteurs du comité n'ont pas eu connaissance du travail ethnographique qui se déroulait au même moment dans la mesure où, tous les membres ne pouvaient pas être présents à chaque réunion, pris par d'autres prérogatives liées à leur mission et étaient représentés parfois, mais pas toujours, par d'autres collègues de leur institution. Il était difficile de faire une présentation répétée de mon propre travail tant qu'ils n'étaient pas sollicités directement. Les entretiens ont été réalisés au sein des institutions respectives d'acteurs de santé triés sur le volet. Ce choix a été motivé par l'importance de leur implication au niveau du CNGE.

L'observation en situation a plutôt favorisé une méthode d'imprégnation. Des notes ont été prises que rarement. Le travail sur ordinateur et le coup d'œil jeté à nos notes par les personnes présentes à côté de moi interdisant le plus souvent de tenir des réflexions et des commentaires que s'autorise le chercheur dans un carnet de recherche. Je me suis prêtée le plus souvent au jeu des experts et me suis retrouvée durant les moments de recherche en pointillés, à consigner des statistiques, le nombre de vaccins restants ou les échanges parfois surréalistes des acteurs de la salle, souvent pris dans le jeu du moment. Il a fallu que je trouve ensuite, un sens à ce microcosme complexe, à mon travail et à fabriquer de l'ordre et de la cohérence dans ce corpus.

Le troisième axe d'étude qui concerne une esquisse d'une anthropologie de la méningite dans la localité de Keita s'est faite pendant l'épidémie de méningite de 2009. Les savoirs et les

perceptions dont les populations disposent autour de la maladie ont été recueillis durant différents séjours en 2009 et 2010 et une troisième visite en 2011. J'ai eu recours à un informateur-interprète qui a fait figure de "passeur" et de "médiateur". Nous avons échangé lors d'un premier séjour, natif de la ville, Kalidou a enseigné l'alphabétisation haoussa lors du projet Keita et est connu dans toute la ville. Agé d'une quarantaine d'années il remplissait la fonction de cuisinier à temps partiel dans une ONG lorsque j'ai fait sa connaissance. Nos discussions pendant mon installation et les échanges sur les termes vernaculaires m'ont poussé à lui demander de m'assister dans la recherche. Un travail de traduction des entretiens en haoussa a préalablement été effectué. Des difficultés de traduction des termes français en idiome vernaculaire nous ont très vite fait prendre conscience de la difficulté de la tâche d'où le recours à un second interprète et d'un travail à trois lors du dernier séjour en 2011. Le travail de Kalidou et de Ramatou a été rémunéré selon une modalité que nous nous sommes fixés au début. Au total, 55 entretiens ont été réalisés durant la recherche.

1.2 Appréhender l'objet de recherche par le biais de l'interdisciplinarité

Cette thèse est un travail de sciences sociales, plus qu'une thèse anthropologique pure, au regard de ma trajectoire en Master et doctorat de Santé Populations et Politiques Sociales, La pluralité de l'ancrage disciplinaire est due également à la formation en science politique, histoire et médecine de mes deux directeurs de recherche qui ont bien voulu encadrer ce travail. La thèse est le résultat de ce dialogue des sciences et j'espère qu'elle saura traduire la fécondité de la grille d'analyse qu'elle promeut.

L'étude est organisée autour de trois disciplines : l'histoire, l'anthropologie et la sociologie.

La perspective diachronique permet en outre d'appréhender comment dans le temps, les épidémies ont été construites comme problème de santé publique. Suivre la trame historique, c'est se donner les moyens de comprendre son poids au présent. Le projet d'une ethnographie de l'épidémie de méningite n'a pas pour objet de discourir de manière anhistorique, son intérêt est, tout en observant les acteurs déployer leur stratégie et leurs discours au moment de l'épidémie, de demeurer vigilant par rapport à leur profondeur historique, d'admettre la dynamique temporelle des épidémies de méningite. Il y va même du

refus de la naturalisation du problème de santé publique. Dans les méditations pascaliennes, Pierre Bourdieu a fait une suggestion :

> « La science sociale qui est condamnée à la rupture critique avec les évidences premières, n'a pas de meilleure amie pour l'opérer que l'historicisation qui permet de neutraliser, au moins dans l'ordre de la théorie, les effets de la naturalisation, et en particulier l'amnésie de la genèse individuelle et collective d'un donné qui se donne toutes les apparences de la nature et demande à être pris pour argent comptant, *taken for granted*[1]. »

Il n'est pas nouveau en anthropologie de remonter dans le passé pour comprendre certains phénomènes historiques. Ignorer cette perspective c'est-à-dire la contingence de l'objet d'étude, c'est poser l'impossibilité de comprendre la méningite épidémique comme construction et la possibilité de contextualiser cette construction. Elle offre la possibilité d'une profondeur du champ de réflexion et d'analyse et d'articuler la construction d'un problème de santé publique avec son projet politique et scientifique. L'approche par une anthropologie historique participe d'une démarche critique et interdisciplinaire réelle que le numéro 4 des Annales intitulé *L'anthropologie face au temps* a tenu à réaffirmer. Il souligne non seulement, la nécessité pour l'anthropologie de se départir des accusations d'orientalisme, d'essentialisme et de primitivisme, mais également l'importance d'allier à la recherche de terrain, l'usage des archives pour mieux connaître les cultures que l'on étudie[2]. Cette thèse qui revendique aussi et surtout l'option d'une anthropologie historique se situe dans ce « souci d'élargissement multiforme» de la monographie de terrain, du refus du culturalisme. L'épidémie de méningite comme problème de santé publique est le fruit de réflexions et de pratiques datées, leur problématisation relève d'une époque bien précise. Par ailleurs, l'anthropologie historique n'est pas nouvelle, son pendant réactualisé permet d'affiner et de relever les subtilités de la construction des phénomènes épidémiques au Niger et de voir combien l'épidémie comme événement doit être relativisée. La période historique et l'objet choisi permettent en conclusion de dégager trois thématiques fondamentales : le relativisme,

---

[1] BOURDIEU P, 1997, page 217

[2] Voir à ce titre l'introduction de NAEPELS M, 2010, pages 873-884 ; les travaux de REVEL, J, 1996, Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience, Paris, Seuil-Gallimard.

l'approche événementielle et le refus du culturalisme. La question de l'interdisciplinarité ne se décrète pas, il convient également de souligner les limites de cette approche, notamment lorsque malgré la vigilance épistémologique qui s'impose, il est difficile de prendre en compte tous les enjeux de l'approche historique en médecine coloniale.

J'ai également eu recours à la sociologie des sciences, à la sociologie pragmatique et à la sociologie des alertes et des risques pour donner à l'étude des controverses et de la configuration de la santé publique au niveau institutionnel (CNGE) une profondeur réflexive et critique. La sociologie latourienne notamment a permis d'affiner l'étude des entités prenant part à l'épreuve de la pandémie de 1995 et de demeurer vigilant à l'égard des différents réseaux des acteurs intervenants dans l'épreuve. Ce travail se situe par ailleurs dans la lignée des auteurs de la sociologie des alertes et du risque, notamment les travaux de Michel Callon, Gilbert Henry, Francis Chateaureynaud et Didier Torny qui en s'intéressant aux reconfigurations des sociétés suite à une crise sanitaire ont souligné l'importance de la planification et de la bureaucratie technique dans certaines arènes institutionnelles, tout en insistant sur le rôle des crises dans ces changements. La pandémie de 1995, tout en permettant la mise en place du Comité National de Gestion épidémique, illustre ce type de configuration, cependant l' analyse dans la thèse tout en ne restant pas indifférente aux travaux des sociologues des alertes et des risques, a voulu donner une part belle à l'ethnographie en situation et relever non pas la rationalisation de ce monde mais mettre en avant les situations qui dénotent l'incohérence, l'incertitude, le bricolage et la mise en scène de la santé publique par temps d'épidémie.

Cette thèse est une contribution à l'anthropologie des maladies infectieuses en contexte d'aide au développement et fournit une analyse sur la délivrance d'un bien de santé tel qu'un vaccin. Les travaux de l'anthropologie du développement ont nourri la partie ethnographique en milieu institutionnel et au niveau rural, notamment en permettant de développer une analyse critique prenant en compte l'interaction entre acteurs de l'aide internationale et récipiendaires de l'aide, dans un contexte émaillé par l'intervention des agences sanitaires

internationales et des organisations humanitaires. L'intérêt de l'approche par la socio anthropologie du développement est de permettre une compréhension de la logique des acteurs, la portée des discours critiques sur la délivrance des biens publics en santé et l'articulation et la désarticulation entre les deux. En privilégiant une analyse déconstructiviste à l'échelle globale des pratiques du développement, l'étude est allée au delà de la dichotomie local/global et de la diabolisation du développement par les acteurs du Nord[1] en pointant les incohérences, les contradictions et les incertitudes qui émaillent la gestion des épidémies de méningite par les acteurs nationaux à l'échelle locale. Tout en évitant le parti pris de l'angélisme des récipiendaires de l'aide, l'analyse a pris en compte les critiques adressées au populisme méthodologique[2]en restituant au plus près les pratiques des différents protagonistes dans l'économie de la vaccination.

1.3 Question de sources :

Le corpus qui constitue la base de ce travail est issu d'archives multisituées.

Au Niger : Les Archives Nationales de Niamey ont été sollicitées, notamment les fonds de la série H (santé). La consultation n'a pas été extensive. Les documents contiennent essentiellement des rapports de santé, des correspondances et des télégrammes et vont des années 1920 à 1962. Les archives du Ministère de la Santé Publique ont été également mises à contribution et concernent les archives du MSP classées au niveau des ANN.

Les sources issues de la presse de 1995 ont été par ailleurs sollicitées au niveau de l'Office National d'Edition et de Presse et ont concerné tous les journaux publics et privés de l'époque.

Les archives privées et non classées de l'IRSMI comprennent de la période 1982 à 1993, des correspondances, des articles scientifiques, des rapports de mission, des comptes rendus de réunion et quelques rapports d'activité.

Au niveau de Keita, j'ai mis à contribution les archives de la coopération italienne, notamment les documents qui permettent d'avoir un aperçu sur les discours concernant

[1] Page 4

[2] FERGUSON, 1994 et J P O de SARDAN,

l'aide publique au développement dans les années 80 et 90. Cependant toutes les archives n'ont pas été sollicitées dans la thèse.
A l'Organisation Ouest Africaine de la santé du Burkina Faso, deux documents ont été cités sur les archives consultées, qui concernent la conférence technique de l'OCCGE de 1968 et la 21ème conférence technique de 1981.

En France : Les archives de l'IMTSSA au Pharo à Marseille ont été amplement mises à contribution, notamment en ce qui concerne l'expertise sur la méningite au Niger, à partir des années 60 avec le développement du vaccin par Charles Mérieux. Ces archives constituent les documents personnels de Léon Lapeyssonnie, reversés au Pharo à Marseille et qui comprennent le projet d'étude sur la méningite en Afrique, quelques manuscrits, des correspondances, des poèmes, ses cours au Pharo et une riche collection photographique.

En Suisse : À l'OMS à Genève, les documents bureaucratiques retraçant les processus de prise de décision concernant la stratégie de santé publique après l'expertise de Lapeyssonnie ne m'ont pas été accessibles. La thèse était déjà en rédaction lorsque j'ai décidé d'examiner le corpus disponible à l'OMS. Par ailleurs, une bonne partie de la recherche s'est déroulée en Afrique (2009-2011) d'où l'accès tardif aux ressources européennes. En réalité, j'ignore si ces archives existent. Or Genève a pu être un espace de prise de décision important concernant la politique de santé publique autour des épidémies de méningite au Sahel. Cette étude connaît une limite non négligeable, concernant la question de l'histoire des espaces confinés de décision, dans le cadre de la concrétisation de la politique. D'après l'archiviste en charge des correspondances et documents internes des divisions, les unités n'étaient pas obligées de verser leurs correspondances aux archives de l'OMS[1] , les documents liés aux échanges et à la commande de l'OMS sont susceptibles cependant de se retrouver à Alexandrie et même à Brazzaville, malgré la destruction d'une grande partie des archives, suite à la guerre et à l'indexation complexe et peu pertinente des documents restants de l'OMS Brazzaville

[1] Elles ne sont toujours pas obligées de le faire.

reversés à l'OMS à Genève[1]. Une documentation très mince remonte au-delà des années 1960 étant donné qu'avant cette date, la méningite épidémique ne bénéficiait d'aucun programme d'envergure au sein de l'OMS. Au niveau de Genève, la période manquante pour les correspondances et comptes rendus de réunions « coïncident » avec les années de direction de l'unité des maladies transmissibles par le yougoslave Branko Cvjetanovic, responsable des travaux sur les méningites épidémiques en Afrique. Certaines chemises devant conserver les correspondances sont vides et la mention « *destroy after two years* » peut expliquer la minceur des indices sur les échanges qui ont eu lieu après l'expertise du médecin militaire. Quels que soient les problèmes liés à l'accès aux sources (dus en partie aux contraintes liées au temps de l'étude et aux moyens disponibles dans le cadre de cette thèse), les travaux de Lapeyssonnie et les conclusions de son étude dans les pays du Sahel au début des années 1960 concernant les épidémies de méningite permettent de construire une intelligibilité de la politique de santé publique aujourd'hui au Niger. Le défaut de cette étude est de ne pas retracer plus finement comment le processus de problématisation de l'épidémie de méningite s'est donné à voir en amont. L'histoire des épidémies de méningite est par conséquent succincte et repose sur le corpus que j'ai pu avoir entre les mains, il demeure de ce fait que dans certaines parties, certaines sources prévalent sur d'autres. Le fond d'archives consulté au niveau de Genève concernait celui des consultants, ensuite avec l'archiviste, nous avons fait des recherches par pathologie pour finir par le WHOLIS, le catalogue en ligne. Le magasine OMS Santé a été également consulté, il contient la question de la médiatisation du problème au moment de sa définition. Le contenu de 27 microfiches a été étudié, allant de la période de 1952 à 1989.

[1] Le répertoire des archives de Brazzaville qui m'a été communiqué permet de voir que la documentation restante est très récente (à partir des années 80)

PARTIE I : LES ÉPIDÉMIES DE LA PÉRIODE COLONIALE À L'INDÉPENDANCE

Cette partie concerne l'histoire des épidémies de méningite au Niger, de la période coloniale à la fin des années 70. Les deux chapitres qui suivent se proposent de restituer la dimension historique des épidémies et les enjeux qui ont émaillé la question de leur contrôle. Les deux chapitres vont tenter d'être attentifs aux connexions sous-régionales et à la dimension internationale de la définition du problème de santé publique au lendemain des indépendances, ainsi qu'à la recherche de ses solutions.

Mais notons d'abord que, si plusieurs témoignages relevant de médecins relatent l'apparition de la méningite cérébro-spinale, au début du 20ème siècle en Afrique de l'ouest francophone, les anciennes colonies britanniques signalent beaucoup plus tôt des épidémies de méningite à l'Est comme à l'Ouest du continent. La dénomination haoussa de la méningite : *Dan Kanoma* ou *Sakarau*[1] est très tôt connue des médecins anglais, elle le doit à des témoignages oraux sur les épidémies, recueillis auprès des populations entre 1885-1890, au nord du Nigeria. La dénomination *sakarau,* qui a trait au signe de la raideur de la nuque, sera également retenue pour désigner la méningite chez les haoussas du Niger, tandis que le terme de *Dan kanoma* est utilisé dans certains témoignages contemporains pour désigner plutôt une pathologie proche des hémorroïdes. L'introduction de la méningite cérébro-spinale est cependant unanimement attribuée aux garnisons militaires européennes qui ont mené des expéditions punitives et de grandes guerres contre des armées africaines. Brian Greenwood, l'un des plus grands spécialistes contemporains des épidémies de méningite, remonte en 1840 lors de la bataille d'Alger entre troupes françaises et l'armée de l'émir Abdel Kader, pour signaler les premières méningites frappant la collectivité militaire. Pourtant, la fin de la bataille d'Omdurman en 1898 qui a opposé l'armée mahdiste du Soudan aux troupes anglo-égyptiennes est un

[1] Orthographié tel quel par PATTERSON HARTWIG, 1984, page 14.

moment historique retenu par plusieurs experts, notamment les médecins britanniques dont B B Waddy[1], en tant que circonstance pendant laquelle les premiers cas de méningite furent signalés, en particulier dans les bataillons soudanais. Waddy rapporte que la Mahdi du Soudan serait mort de la maladie en 1885. En 1900, les troupes britanniques engagées dans la guerre contre les Ashantis signalent la méningite chez des soldats est africains qui sont venus leur prêter main forte lors de la campagne de Gold Coast. Les médecins qui signalent l'épidémie précisent que des diplocoques, appelés ainsi à cause de la forme en grains de café des méningocoques, ont été retrouvés dans le sang des victimes. En 1916 au Gabon, parmi les troupes revenant de la campagne du Cameroun, la maladie est à nouveau signalée chez les militaires. Il en sera de même pour une garnison stationnée à Saint-Louis du Sénégal, où 35 décès sont reportés[2]. Cependant les médecins coloniaux tels que le Dr Barret qui a exercé au Dahomey (actuel Bénin) frontalier du Niger a estimé dans ses écrits que :

> « L'étude épidémiologique de la maladie peut permettre de tirer quelques conclusions qui ne sont pas absolument favorables à cette manière de voir, et qui conduisent plutôt à penser que la méningite cérébro-spinale constitue une des grandes endémies auxquelles, de tout temps, la population de ces régions a toujours payé un si long tribut[3]. »

S'il faudrait avoir une connaissance exhaustive du contenu des sources dans cette période pour confirmer le règne de la méningite épidémique au Niger et dans les pays sahéliens au temps précolonial, la confirmation de son ancienne inscription dans la vie des populations a été donnée à plusieurs reprises. Cependant, le Dr Waddy souligne en s'appuyant sur les sources orales recueillies dans l'actuel Ghana —notamment les témoignages des chefs et des autorités coutumières— que la maladie a fait son irruption pendant la campagne britannique et serait donc contemporaine à l'occupation coloniale anglaise. C'est cependant dans la production des rapports de tournées médicales pendant la colonisation française, au fil des télégrammes et circulaires, entre pratiques médicales et hygiénistes et à travers une politique

---

[1] WADDY (1957) et GREENWOOD (1999)

[2] LAPEYSSONNIE, L, 1963, page 59

[3] Dr BARRET, op cit, page 98

fondée sur des préoccupations normatives et disciplinaires, que l'on peut saisir "le grand dérangement" des épidémies de méningite dans la colonie du Niger.

Chapitre 1. Les épidémies de méningite dans la colonie du Niger

1.1 Les années 1920

Ayouba Arzika qui est l'un des rares historiens nigériens à avoir abordé les épidémies de méningite rappelle que le Niger est la dernière colonie née de l'Afrique Occidentale Française (ex AOF) par décret du 13 octobre 1922. Auparavant existait le territoire militaire de Zinder et le cercle de Djerma, qui ont été fusionnés pour donner le 3ème territoire militaire du Haut-Sénégal-Niger (régions comprises entre le fleuve Niger et le Tchad), créé en 1900, qui deviendra plus tard, en 1922, la colonie du Niger. Celle-ci va faire partie de l'ex Fédération AOF. La position centrale du pays devait permettre de relier les possessions françaises situées au Nord et au Sud du Sahara. C'est son statut géographique et stratégique qui possédait un intérêt pour l'empire français. Relatant le discours impérialiste sur le Niger, Arzika parle d'un « territoire de sacrifice », « d'un mal obligé ». le manque d'intérêt économique de la colonie du Niger pour le colonisateur est résumé ainsi :

> « Par conséquent, il ne fut point question d'investissement, l'action socio-économique se résumant au recrutement de la main d'œuvre pour les chantiers publics[1].»

Ce constat contient des équivoques, en réalité si le Niger n'est pas un territoire où l'effort de déploiement de la puissance coloniale n'est pas égale à celle d'autres colonies de l'AOF, l'infrastructure médicale civile existe mais demeure très faible. L'œuvre médicale coloniale française a du mal à s'implanter, faute de moyens et de personnels. Un rapport médical élaboré par le Dr Colibeauf note :

> « En résumé, l'œuvre sanitaire qui nous incombe au Niger n'entrera dans la période de plein accomplissement que lorsque la colonie se verra dotée du personnel médical qui lui est indispensable[2] »

---

1 AYOUBA ARZIKA, 1992

2 1H1.8.bis, Organisation et fonctionnement du service de santé dans la colonie du Niger, Dr Colibeauf, 1926, Archives Nationales de Niamey, page 18

Ce manque de personnel de santé dans la colonie du Niger reste, pendant plusieurs années une préoccupation majeure pour le personnel administratif. Plusieurs maladies restèrent peu combattues jusque dans les années 30. Cependant, pour exploiter la colonie, faire accepter la présence des Français, taire plusieurs révoltes qui ont lieu durant les deux premières décennies du 20ème siècle et parvenir surtout à recruter de la main d'œuvre, il est entendu que le Niger doit être développé, au même titre que les autres colonies, et que cet effort doit nécessairement passer par le déploiement de l'action sanitaire, en passant par la disqualification des croyances indigènes aux médecines traditionnelles. Les médecins coloniaux estiment que les « résultats thérapeutiques constituent la meilleure des propagandes[1]. » L'œuvre sanitaire au Niger comme ailleurs dans les autres colonies n'était pas tributaire d'une envolée humaniste des médecins militaires et au-delà de l'empire colonial, les historiens l'ont souligné à plusieurs reprises[2]. Le territoire est un enjeu stratégique pour le maillage colonial : assurer la santé des colonisés fait partie du projet impérial et donc d'un « calcul politique ». Les liens entre pouvoir colonial et savoir médical ont été intimement imbriqués. La colonie est, dès 1920, organisée en neuf circonscriptions sanitaires correspondant aux divisions administratives : Tillabéry, Niamey, Dosso, Konni, Tahoua, Maradi, Zinder, Gouré-N'guigmi-Bilma et Agadez. Ainsi, la répartition médicale, comme le souligne Arzika, fut calquée sur les besoins administratifs et non les besoins réels des populations nigériennes. Certains postes sanitaires comme celui de Nguigmi, ont été créés au début du siècle, ce qui n'empêchera pas que le Niger soit l'un des pays de la Fédération à posséder l'une des plus faibles couvertures médicales non seulement à cause de la pénurie de personnel, mais également de la superficie à couvrir pour une médecine mobile.

Durant la période coloniale, les épidémies de méningite qui apparaissent au Niger sont considérées comme des ruptures d'intelligibilité dans l'activité de lutte contre les endémies africaines. La lecture des sources archivistiques issues de la médecine coloniale permet d'en

1 CAVALADE, 1935, page 369

2 BADO J-P, 1996, page 30

rendre compte. Les rapports établissent que les épidémies de méningite revêtent un caractère inquiétant, les médecins militaires les décrivent comme « foudroyantes »[1]. Ailleurs, l'épidémie est présentée comme « absolument anormale », sous la forme d'une « situation menaçante », devant des témoignages sur la « mortalité considérable »[2]. Les médecins coloniaux signalent dans leur rapport une épidémie de méningite en 1919, plus précisément dans les régions de Niamey et de Tillabéry : une trentaine de cas suivie de 10 décès sont notifiés mais il n'y a pas de détail sur la zone centre. En 1920, une première épidémie de méningite est déclarée à Tahoua. Cette région[3] dont fait partie le département de Keita, est représentative de la construction territoriale du risque épidémique au Niger. L'Ader est représentatif de ce que le médecin militaire Léon Lapeyssonnie (qui va devenir un important acteur dans la définition du problème de santé publique) désigne comme faisant parti de ce « Niger utile[4] » —le Niger des greniers où les paysans vivent d'agriculture et d'élevage— balayé régulièrement par les épidémies de méningite, qui y trouvaient déjà leur terrain de prédilection dans le passé. Cette "zone rouge" centrale est par ailleurs dans les années où le Niger est sous domination coloniale, un point important de propagation des épidémies de méningite. Le médecin militaire parcourant les bulletins épidémiologiques des médecins coloniaux, relève pendant cinq cycles, du début du 20ème siècle aux premières années de l'indépendance, que la zone centrale comprenant Tahoua, une partie de la subdivision de Zinder et Maradi, où vit une population en majorité haoussaphone paie le plus lourd tribut aux épidémies de méningite.

Carte 1 : zones à risque, marche des épidémies de méningite décrite par Lapeyssonnie

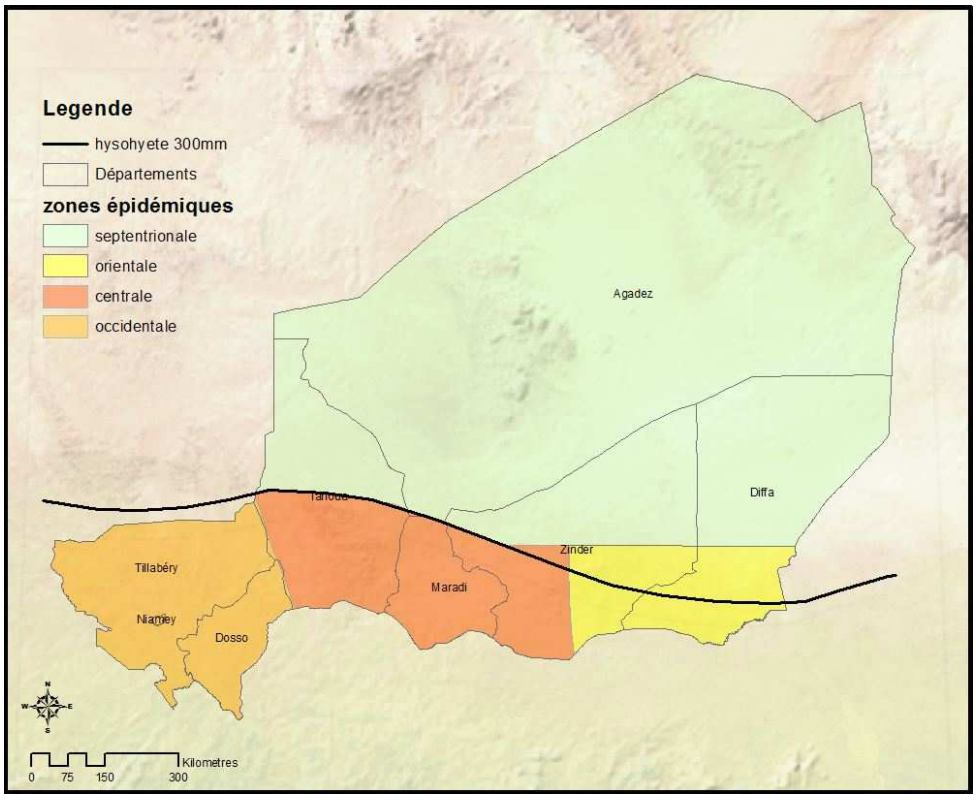
---

[1] BARRET, 1909, pages 92-101

[2] Expressions que l'on retrouve dans les rapports sur les épidémies de méningite de Djougou et de Tahoua en 1907 et 1940 : Rapport n° 726/ SD sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale 1950-1951 du Médecin-Lieutenant-colonel LORRE, Archives Nationales de Niamey, série 1H1.19

[3] Quand cela a été possible, j'ai systématiquement cherché des informations sur le canton de Keita, région de Tahoua. Celle-ci faisant l'objet d'une attention particulière dans cette thèse puisqu'elle constitue le cœur du travail.

[4] LAPEYSSONNIE, 1963,



©N Moiroux, IRD, 2012

A la même époque, la méningite est signalée également dans d'autres pays, comme au Nigeria dans la ville de Sokoto par un médecin du *Royal Army Medical Corps,* cité par Léon Lapeyssonnie[1], avec une mortalité encore plus importante dans cette partie de l'Afrique. L'épidémie semblait s'être propagée à partir du Nigeria. De janvier à mai 1921, une nouvelle épidémie est signalée, « venue vraisemblablement du Nigeria », le rédacteur du rapport sanitaire estime que cette épidémie de méningite existait déjà dans la colonie anglophone, l'année précédente, dès novembre 1920, ce que corroborent les affirmations de Lapeyssonnie. S'il est peu probable que les épidémies violentes décrites au début du siècle au Nigeria et au Bénin n'aient pas frappé le Niger, le signalement tardif des premiers cas dans les archives coloniales est dû à l'exploitation tardive de ce pays.. Cette épidémie sera relatée également dans les « Annales de médecine et de pharmacie coloniale » par le Dr Colibeauf.

[1] Il s'agit de BERNARD BROUGHTON WADDY de la *London School of Hygiene and Medecine* qui a mené d'importants travaux sur des maladies endémiques comme l'onchocercose et le paludisme dans les années 1940 et 1950, ibid, Page 146

C'est le gouverneur du Nigeria qui avertit lui-même, par télégramme, dès le 28 février 1921, les autorités françaises d'une épidémie de méningite à Sokoto, ville frontalière des villes de l'est du Niger. Sokoto et Zinder sont reliés en outre par une grande voie de communication où transite un important commerce dominé par les Haoussas. Zinder qui est le chef-lieu de la colonie du Niger est étroitement surveillé. La partie Ouest du pays est déjà éprouvée avant le télégramme du gouverneur, des décès suspects avaient été déjà notifiés, précisément à Dosso et Gaya[1]. Au mois de mars, tous les cercles de Niamey sont atteints, au 15 mai, 3205 morts sont comptabilisés, rien que dans ce cercle[2]. La mortalité hospitalière est estimée à 85%. Les autorités coloniales accusent les marchands dioulas d'avoir introduit la maladie dans le cercle de Niamey qui est l'une des plus denses de la colonie du Niger. Marchands et colporteurs plus précisément dioulas et haoussas dominent effectivement le commerce itinérant. Un barrage sanitaire va être institué entre Kirtachi, Dosso, Dogondoutchi et Birni N'konni, Maradi et Katsina pour isoler les zones où l'épidémie sévit. Cette mesure va demeurer sans effet : il est impossible de fermer la frontière entre le Niger et le Nigeria les autorités coloniales se rendent compte très rapidement de l'extension de l'épidémie. Les communications entre le nord Niamey et le reste du cercle vont être néanmoins fermées, malgré la contrariété qu'elle provoque chez les indigènes réputés « d'humeur voyageuse », les marchés sont supprimés dans la foulée de même que les chantiers publics et les écoles. La plupart des formes de regroupements sociaux sont proscrits. Coliboeuf souligne que les habitants à l'intérieur du pays sont prévenus et certains à leur retour du Nigeria ont signalé l'épidémie qui décime la population. La propagande coloniale est en marche, les chefs indigènes sont sommés de ne pas dissimuler des malades coupables tapis dans leur village. Les cases, les habits et les objets touchés par les malades sont brûlés par des médecins assurés de la présence d'agents pathogènes. Certains habitants de campement où la maladie sévit furent déplacés et leurs cases brûlées. Les malades sont rendus à l'invisibilité. Leurs proches sont contraints de se présenter chaque matin pour être désinfectés par antisepsie naso-buccale. De vieilles femmes sont affectées à l'administration de la prophylaxie des

---

11H1.8.bis, Organisation et fonctionnement du service de santé dans la colonie du Niger, page 15

2 COLIBOEUF, 1922 page 41

personnes mises en quarantaine. Elles leur fournissent des bactéricides tels que l'eau iodée à gargariser ou le permanganate. Il est interdit aux populations de franchir la barrière de l'enclos qui les sépare des corps malades. Leurs cases habituelles sont condamnées par des barrières avec interdiction pour quiconque d'y pénétrer lorsqu'elles ne sont pas brûlées. Du côté des tirailleurs stationnés dans les cercles, de la pommade mentholée est appliquée au niveau des narines. Les tirailleurs dans les colonnes expéditionnaires ainsi que les porteurs étaient déjà connus pour être particulièrement exposés car moins vêtus en hiver. Ces différentes mesures seront considérées comme efficaces lorsque la méningite disparaît vers la fin du mois de mai. Selon Lapeyssonnie, la seule ville de Sokoto comptabilise 45 900 morts et cette épidémie en touchant Niamey, Tahoua et Zinder aurait fait disparaître 10% de sa population[1]. Si l'épidémie de 1921 meurt au mois de mai, deux ans après, de janvier à juillet 1923, une autre épidémie est signalée qui affecte aussi bien l'Ouest que l'Est : Niamey, Tahoua, Tessaoua et Gouré. L'année 1924, les informations sur l'épidémie sont plus détaillées car elle est « particulièrement meurtrière ». Arzika établit que les villages avoisinants ont dû prêter main forte pour enterrer les morts tandis que certains villages disparurent. « A Tawa, l'épidémie fut virulente et meurtrière au point que, dans certains villages il fallait réclamer le service des villages voisins pour arriver à enterrer tous les morts. » Le taux de létalité atteindrait 50% à Tahoua[2]. 4000 morts sont signalés à Zinder[3]. Cependant, le consensus n'est pas établi sur la nature de l'épidémie entre le chef de service de santé de la colonie à l'époque et le commandant de cercle qui fait le compte rendu cité par Arzika. L'historien ne parvient pas à estimer s'il s'agit bien de la méningite ou de la fièvre récurrente (typhus) et le Dr Rault, chef de service de santé de la colonie qui donne le compte rendu de sa tournée sanitaire doute du diagnostic établi les années précédentes[4]. Les deux maladies présentent certains signes communs, ce qui amène à considérer avec prudence les chiffres livrés à l'époque. Il règne une confusion de diagnostic dans les années 20 probablement du

---

1 LAPEYSSONNIE, 1963, pages 21 et 61

2 AYOUBA ARZIKA, 1992, op cit. Page 169.

3 Dr SOREL, La méningite cérébro-spinale dans les colonies françaises, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales n°35,1937, page 145, BIUM

4 Rapport médical annuel du Niger, 1924, Archives Nationales de Niamey

fait d'épidémies concomitantes notamment la grippe espagnole et la fièvre typhoïde. Par ailleurs, les périodes de trouble socio politiques dans certaines parties du Niger augmentent le risque de propagation des virus[1]. Il est par conséquent difficile voire impossible de confirmer le bilan meurtrier donné par Léon Lapeyssonnie[2] de 15000 morts du cycle épidémique allant de 1921 à 1924, Médecins coloniaux, historiens[3] et épidémiologistes considèrent ce cycle comme la seconde vague d'épidémie de méningite qui balaie les pays de l'Afrique de l'Ouest de 1921 à 1924[4]. Une prudence extrême s'impose par rapport à la fiabilité de ces statistiques au regard de la situation sanitaire de l'époque. Lapeyssonnie estime que 10% de la population du territoire nigérien aurait disparu lors de ces années épidémiques[5]. Cependant la mortalité importante donnée par le médecin n'est pas totalement farfelue si l'on accorde de l'importance à la remarque d'un de ces prédécesseurs :

> « Car si le typhus est facilement guéri par le néo-salvarsan ou l'ataxyl la méningite cérébro-spinale est presque toujours mortelle[6]. »

Selon ce témoignage, la mortalité relevée ne peut être due qu'à l'une des deux maladies orphelines de drogue : la méningite.

En 1926 diagnostic et médication sont disponibles. Il est établi que la plupart des cas de méningite sont dus au pneumocoque et rarement au méningocoque. Ce rapport qui établit l'étiologie précise de la méningite à cette année, est rare, car il est difficile aux premières années de l'établissement de la médecine coloniale et jusque dans la décennie suivante de diagnostiquer la méningite. Les ponctions lombaires ne sont pas courantes et restent déconseillées en brousse, la plupart du temps réservées à la pratique hospitalière. Cette seule méthode pouvait réduire en échec une prospection en brousse, étant donné la peur suscitée

---

1 BADO J-P, op.cit., page 191

2 La méningite épidémique dans sa contagiosité est comparée à la grippe. D'ailleurs jusqu'en 1931, Lapeyssonnie reconnaît qu'elle est diagnostiquée comme étant la grippe espagnole ou la fièvre récurrente.

3 JEFF GRISCHOW, 2006, page 11

4 LAPEYSSONNIE, op.cit, page 7

5 LAPEYSSONNIE, ibid

6 1H1.8 bis : Organisation et fonctionnement du service de santé dans la colonie du Niger 1919-1926, ANN

par cette pratique au niveau des populations[1]. La ponction lombaire provoque de fortes céphalées chez les populations et va rester longtemps impopulaire[2]. Or le diagnostic de méningite est difficile à établir, en l'absence de détails objectifs tels que l'examen du sang ou du liquide céphalorachidien. En 1926, le Niger compte 120000 habitants, le nombre de médecins est de 3 au lieu des 8 prévus par l'administration coloniale. Il y a peu de volontaires pour se rendre dans cette partie de l'AOF qui demeure la « mal aimée », une « colonie pénitentiaire » administrée, que pour sa position géopolitique[3].

Du côté de la médication, il est établi que l'usage du sérum, « même polyvalent, est rarement efficace, aussi le médecin se trouve presque désarmé[4]. » Le sérum n'est utilisé que dans la deuxième moitié des années 20. Cependant les succès sont mitigés. Lorsqu'il est appliqué au traitement de la méningite, l'efficacité du sérum n'est pas avérée, car des taux de létalité dépassant 70% sont observés en Afrique de l'Ouest et équatoriale[5]. Les médecins militaires vont difficilement déployer une médecine de masse en direction des populations civiles car l'inconvénient majeur demeure le manque d'expérience et de ressources des médecins de l'Assistance Médicale Indigène ainsi que deux autres caractéristiques de taille : l'étendue du territoire (le plus grand en Afrique de l'Ouest) et la dispersion des populations. Les villes sont dotées de formations médicales en fonction de leur peuplement, plusieurs villages de brousse ne voient le médecin ou l'infirmier que rarement, contrairement à Niamey, Agadez ou Zinder. Pour désengorger le premier cercle, plaque tournante du commerce sahélien et pour surveiller les corps dispersés, le dispensaire de Dosso va être transformé en circonscription médicale :

> « …Comme la population de Niamey est très dense, comme cette région est à surveiller particulièrement, en raison du nombre très élevé de Dioulas, caravaniers, commerçants qui la

1 Tropiques de Jean Dutertre : http://jdtr.pagesperso-orange.fr/JamotBB2.htm consulté le 08/07/2012

2 PATTERSON & HARTWIG, 1984, page 21

3 FLUCHARD C, 1995, page 18

4 Archives Nationales de Niamey, Organisation et fonctionnement du service de santé dans la colonie du Niger, 1H1.8.bis, 1926

5 LAPEYSSONNIE, op.cit, page 61

> parcourent en toute saison et dans toutes les directions, le dispensaires de consultation qui existait à Dosso a été transformé en circonscription sanitaire avec à la tête un médecin européen[1]. »

A Dosso précisément, quelques trentaines de personnes malades de la méningite sont répertoriées en 1929[2]. Contrôler et maîtriser les axes routiers et les commerçants, notamment dioulas ou Haoussas— soupçonnés d'introduire les germes et de favoriser l'éclatement des épidémies— devient une des premières règles de vigilance. Les inspections sanitaires se font à dos de chameau dans le cercle de Tahoua pour parcourir la distance entre deux hameaux. Le médecin et l'infirmier indigène peuvent mettre des jours pour arriver sur place et parfois trop tard. Les maisons inspectées pour une opération de revue des vivants et des morts révèlent des décès de méningite antérieurs à l'arrivée de l'équipe de tournée. Le personnel du service d'hygiène se trouve très vite démuni face à l'apparition simultanée de cas dans des endroits différents, à l'heure où les moyens de communication sont rudimentaires. Les tournées à Keita ne sont guère régulières, la zone est excentrée et l'irrégularité des tournées sanitaires est un inconvénient que soulignent plusieurs rapports. La médecine occidentale peine à s'imposer faute de moyens, il n'y a pas assez de personnel pour fermer les frontières et contrôler les populations qui recèlent les malades d'une infection qu'on estime contagieuse, évitant ainsi la lourdeur des restrictions. Plusieurs populations nigériennes fuient l'autorité administrative et médicale pour se rendre au Nigeria d'autant que le prélèvement de l'impôt est souvent couplé aux tournées sanitaires.. Des fugitifs de Tahoua campent au puits nommé Afortoun à 60 bornes. Ces déplacements se traduisent par de nombreux décès, une perte de grosses ressources pour l'administrateur de Loppinot, étant donné que les épidémies de variole, de rougeole et de méningite guettent les populations fuyant vers le Nigeria. Ce dernier, principal bouc émissaire, est un réservoir de maladies pour les administrateurs aux frontières de Maradi et de Zinder. Dans ce contexte, la réglementation s'efforce d'être plus précise et rigoureuse, la méningite épidémique est soumise au règlement de la police sanitaire,

---

[1]Archives Nationales de Niamey, Organisation et fonctionnement du service de santé dans la colonie du Niger, 1H1.8.bis, 1926

[2] SOREL, 1937, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales, page 146

notamment le régime de danger imminent ou régime n°1, le régime de surveillance sanitaire ou régime n°2. Le premier concerne les localités qui jouxtent des zones où des cas de méningite ont été signalés et qui doivent déclarer obligatoirement tout malade suspect. Les chefs de village et de canton sont sommés de notifier les cas suspects sous peine de sanctions régies par le code de l'indigénat. De l'amende à la peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 15 jours, les méthodes de dissuasion de résistance à la médecine coloniale se multiplient avec la circulation de plusieurs télégrammes rappelant de faire respecter le signalement de tout malade ou de le sanctionner en cas de faute. En l'absence de maladie, un passeport sanitaire peut être établi pour favoriser le déplacement (« certificats médicaux et attestations administratives justifiant que la personne ne provient pas de zone contaminée et qu'elle a intérêt à se déplacer[1] »). Les passeports sanitaires, les certificats de libre pratique et les certificats de bonne santé[2] sont exigés des voyageurs dessinant une géographie restrictive des mouvements de populations. Le plus souvent, le pays est verrouillé à Fada qui appartient à l'époque au Niger, et à Konni au sud, vers la frontière avec le Nigeria. Les barrages sanitaires qui représentent l'incarnation du dispositif de surveillance doivent se faire en période froide, de préférence entre décembre et janvier. Les télégrammes envoyés par les médecins coloniaux permettent de prendre ces dispositions à temps. Le second régime est un régime d'attente ; il est appliqué lorsque des cas sont signalés dans le territoire. Dans ce cas de figure plusieurs regroupements sont proscrits et certains lieux comme les marchés interdits d'accès. Les malades et leurs familles sont isolés et traités. Ce second régime augure des dispositions sévères qui paralysent toute activité économique et sociale. La présence de la maladie va favoriser des politiques d'enfermement d'autant plus rigoureux que les savoirs médicaux sur cette maladie sont lacunaires. Les quarantaines sont appliquées à la sortie des villages par le dressement de camps éloignés de 300 à 400 m l'un de l'autre, en direction opposée aux vents dominants. Cette mesure hygiéniste souligne le lien présupposé entre la

---

1 Chargé Affaires Soudan à Gouverneur Niger Niamey, 1938, Télégramme officiel N°AA/SS, Desanti

2 Le certificat de libre pratique est délivré par une autorité sanitaire à l'indigène, à la suite d'un temps d'observation égal au temps d'incubation de la maladie avant que la personne ne soit autorisée à se déplacer hors des circonscriptions qui font face à une épidémie. Archives Nationales de Niamey , Arrêté du 5 juillet 1906, article 23, Mesures à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies épidémiques, Journal Officiel du Dahomey, 1H1.3, N°14 du 15 juillet 1906, page 5

méningite et le climat. Il est à retenir que pendant longtemps le caractère contraignant de l'activité médicale sa violence, la pénurie de personnel ainsi que de médicaments vont nuir à l'image de la médecine coloniale.

1.2 Les années 1930

La décennie 30 est d'un calme relatif comparé aux ravages causés par les épidémies dans les années 20. Quelques cas sont signalés en avril 1930 dans un camp de travailleurs[1]. En mai, Téra signale également des malades et en juin c'est autour d'Agadez. Vingt quatre cas au total sont répertoriés dans le pays. En 1931, quelques cas dispersés sont notés à Boboye[2]. En 1934, il est établi avec une dizaine de victimes dont 6 morts que la « maladie a presque disparu[3] » de la colonie. Jusqu'en 1936, peu de malades sont signalés au Niger. Par contre en 1937, la méningite sévit à nouveau sous sa forme épidémique. Elle commence entre le 17 et le 18 avril d'abord sur les bordures du Nigeria, notamment à Birni N'Konni, ensuite elle se répand rapidement et successivement dans les cercles de Nguigmi, Gouré, Maradi, Zinder et Tahoua. « Les enquêtes faites par les autorités administratives coloniales estiment que l'épidémie a pris sa source en Nigeria anglaise[4]» du fait qu'elle y était signalée deux mois avant. La létalité est estimée à 66,2%, malgré les 4000 doses de sérum de vaccins utilisés, 6456 morts sont enregistrés par le service de santé. Les derniers malades sont signalés le 26 juin mettant fin à l'épidémie. L'année 1937 correspond chez les spécialistes au début du troisième cycle des épidémies qui va durer trois ans. En 1938, le Niger fait face à une nouvelle épidémie toute aussi ravageuse qui est signalée au même endroit que l'année d'avant à Birni N'Konni puis Madaou, Zinder et Tahoua avant de se propager à l'Ouest notamment dans les villes les plus peuplées Dosso et Niamey qui connaissent la plus forte incidence[5]. En 1939, l'épidémie de méningite recommence en janvier et semble suivre l'axe des pistes : Fada

---

[1] LEFEVRE, 1930, Annales de médecine et de pharmacie coloniales, n°28, page 550

[2] HERMANT, 1931, idem, n°29, page 88

[3] GROSFILEZ, 1934, idem, n° 32, page 226

[4] VOGEL E & RIOU M, 1939, idem, Page 460

[5] LAPEYSSONNIE, 1963, op.cit., page 9

Ngourma qui fait parti alors du Niger est le premier touché, l'épidémie a été bien avant signalée au Gold Coast avant d'atteindre Tenkodogo où le commandant du cercle avertit son homologue de Fada de l'épidémie qui se propage. Un barrage est rapidement établi sur la piste en provenance de Tenkodogo, moyen dérisoire qui se révèle très vite inutile puisque Fada prend le coup avec 2310 malades répertoriés. L'épidémie se propage ensuite de manière rapide et extensive vers l'est, c'est le tour de Dori, Pama, puis l'épidémie pique plus vers le nord et atteint Niamey qui compte 21 foyers en fin février. Le mois de mars c'est Tillabéry qui prend le relais. Marchands dioulas, et éleveurs peuls sont les premiers incriminés pour cette épidémie pendant laquelle, les rescapés nigériens font à nouveau l'expérience de la « mort rapide » car « le drame se joue dans les premières 48 heures et au-delà les jeux sont faits[1] ». Voici comment certains chercheurs qui ont analysé le rôle des routes et des transports en Afrique, étudient le rapport des groupes en déplacement lors de l'épidémie de 1939 :

> « Ainsi pendant cette saison, les éleveurs peuhls du Nord-Niger migrent vers le Sud pour vendre leurs troupeaux. Ceux du nord-ouest vont en Gold-Coast, ceux du nord descendent vers le Nigeria. Tous retournent ensuite chargés de marchandises, fruit de leur négoce, mais avec pour certains, en prime quelques méningocoques qu'ils vont essaimer chemin faisant. Par ailleurs, les infatigables commerçants dioulas reprennent leurs va- et-vient, un temps entravés par des pistes difficilement praticables au plus fort de la saison des pluies[2]. »

Ainsi la transmission de la méningite est facilitée par des échanges commerciaux décuplés en saison sèche où nombres d'acteurs économiques entreprennent de longs déplacements. Le lien étroit entre épidémie de méningite et le tracé des routes dans la colonie du Niger a été à plusieurs reprises souligné par Léon Lapeyssonnie.

1.3 Les années 1940

[1] LAPEYSSONNIE, idem, page 66

[2] D'ALMEIDA-TOPOR F et al, 1992, Les transports en Afrique : XIX-XXème siècle, l'Harmattan, Page 138

De 1940 à 1944, l'incidence de la maladie est faible au Niger, le taux de mortalité est divisé par cinq entre 1939 et 1944. Parallèlement, des mesures strictes continuent à être adoptées. Les marchés et tout rassemblement sont proscrits, les écoles coraniques sont fermées et des tirailleurs en arme sont maintenus en faction à l'entrée des villages lorsqu'une épidémie de méningite est avérée. A Tahoua, » remarque le Dr Mahoudo « Le fusil impressionnant toujours les indigènes et donnant plus d'autorité à celui qui le porte [1]». Ces mesures prennent effet en saison sèche, moment où ces activités sont les plus denses et où le méningocoque obtient des conditions favorables pour se répandre. Par contre, les barrages sanitaires commencent à être reconnus comme obsolètes vu qu'ils n'ont que peu d'impact sur la propagation des épidémies. Cependant, les camps d'isolement se perpétuent d'autant plus que le paradigme contagionniste domine même si certains font remarquer que des proches de malades n'ayant pas reçu de prophylaxie ne tombent pas à tous les coups malades[2]. Tandis que dans le sens contraire et paradoxalement, les cas relevés sont supposés être originaires du Nigeria notamment ceux répertoriés dans la zone de Tahoua en 1943 (121 cas). La fuite du Niger vers le Nigeria continue, elle est en réalité autant due au système de la quarantaine qu'incité par les prélèvements d'impôt tombant au moment des tournées sanitaires. Les malades qui en avaient la force pouvaient ainsi non seulement se soustraire à l'isolement mais également à l'impôt. Les « Eparpillés » de la vaccination sont des disséminateurs de germes qui créent du désordre sanitaire. Les « palabres » entre les autorités coloniales françaises et anglaises seront favorisées durant les épidémies de méningite, elles sont l'occasion de jauger ce qui se fait dans l'autre colonie en matière d'hygiène[3]. La visite du Nigeria du Nord n'est pas le reflet d'une curiosité médicale, elle permet également d'étayer l'hypothèse régulière des autorités coloniales françaises du lien entre les foyers des épidémies du Nigeria et celles du Niger. Le Nigeria étant considéré souvent comme un foyer de départ, dans un rapport médical, l'ambiguïté n'est plus permise :

---

[1] Archives Nationales de Niamey, Colonie du Niger. Cercle de Tahoua : inspection médicale de Tahoua : rapport du médecin-capitaine Mahoudo sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale ayant sévi dans le canton de Tamaské et Keïta pendant les mois de mars et avril, 1H3.15, 1943

[2] C'est le cas d'un médecin de la colonie à Niamey en 1945 cité par Lapeyssonnie, op cit, page 87

3 Archives Nationales de Niamey, Relations entre le service de santé et l'administration, Télégramme officiel Kano datant du 22 mars 1949 et Télégramme officiel de Niamey datant du 23 mars de la même année : 1H1.8 (1923-1950)

> « Il a été la plupart du temps impossible d'établir avec certitude la filiation des premiers cas, toutefois, l'épidémie sévissait en Nigeria bien avant d'atteindre le Niger. En janvier, le bulletin épidémiologique de Nigeria accusait 24 cas dans la province de Kano en février 41 cas dans la même province, limitrophe des cercles du Niger les plus atteints. La transhumance, les marchés sont autant de facteurs qui ont brassé les premiers germes avec les populations ; de plus on relève dans chaque cercle des cas contractés à peu prés certainement en Nigeria, ou ayant des rapports certains avec l'épidémie de cette colonie anglaise[1]. »

Les informations recueillies permettent par leur précision d'élaborer des hypothèses sur la marche de l'épidémie, elles demeurent la plupart du temps des outils d'aide à la décision : les voies de communication des zones proches du Nigeria sont fermées. Les descriptions sont par ailleurs plus précises avec une attention sur les comportements populaires. L'épidémie de méningite de 1944 aux environs de Tahoua (Konni) est attribuée à un logeur de colporteurs indigènes nommé Dan Baou venant du Nigeria. Toutes les régions frontalières à la colonie britannique sont reconnues comme étant les plus atteintes. Des visites sanitaires sont organisées par des autorités de Kano qui demandent des visas d'entrée au Niger pour échanger sur la situation de la méningite dans les villes frontières (Maradi, Zinder, Konni). Trois sujets britanniques sont rapatriés du Nigeria pour être soignés à Konni. Le rapport établit que la plupart des indigènes contaminés proviennent du marché d'Illela situé alors au Nigeria et aujourd'hui faisant parti de Tahoua. L'année 1944 est le début d'un nouveau cycle épidémique qui débute dans la région centre et par conséquent Tahoua. Ce quatrième cycle dure trois ans : 1944, 1945 et 1946. En commençant par le centre, la maladie se propage vers l'Ouest où, à la faveur des grandes densités, elle se montre explosive (plus de 7000 cas à Niamey)[2]. L'administration médicale est chaotique car on est en pleine guerre et il y a une pénurie de tout. Malgré la conférence de Brazzaville qui s'est tenue en 1944 pour déclarer une nouvelle organisation de la santé publique et l'intégration active des indigènes dans l'administration des colonies avec à la clé un programme de développement des territoires, le

1 Archives Nationales de Niamey, Rapport médical annuel, Notes du Médecin Picot,1H3.23, 1944,

2 LAPEYSSONNIE, 1963, page 9

faible quadrillage administratif de la colonie du Niger et les mouvements de désobéissance civile et politique qui se multiplient limitent le programme de santé publique. La méningite continue à mobiliser sous l'angle de ses explosions épidémiques.

Au début de ces années, les sulfamides déjà utilisés en Occident, font leur entrée en Afrique et changent le visage de l'épidémiologie de la méningite. Son succès thérapeutique oriente vers le choix de l'application de plus en plus étendue de ce qui est célébré dans la presse médicale comme le *wonder bullet.* C'est G. Muraz qui l'utilise la première fois au Niger alors qu'il est en service[1]. Son usage nécessite une prise répétée par jour : 16 comprimés le premier jour, 12 les trois jours suivants, 8 prises les quatre jours suivants. Le sulfamide nécessite de ce fait une période toujours longue d'hospitalisation dans les camps d'isolement. Néanmoins il peut sauver des vies s'il est administré assez vite. Pour alléger la thérapie, les médecins broient les comprimés pour en faire une solution injectée par canal rachidien. Les sulfamides permettent de réduire considérablement la morbidité malgré leur prise répétée rendue nécessaire par son élimination rapide dans le sang. Le taux de létalité dû à la méningite au Niger qui était de 80% avant est réduit de plus de la moitié les décennies suivantes. Lapeyssonnie ainsi que les historiens David K Patterson et Gérald Hartwig[2] estiment que les sulfamides ont complètement modifié l'épidémiologie de la méningite et qu'ils ont contribué à réintégrer la médecine occidentale dans l'estime des indigènes qui ont longtemps refusé leur collaboration. La fin des années 40 est relativement calme.

1.4 Les années 1950

En 1950, le commandant de cercle de Zinder G Brouin par ailleurs, infirmier se rend à Kano pour prendre des informations sur une épidémie de méningite au nord Nigeria. Son rapport de mission envoyé au Gouverneur de Niamey fournit des données de morbidité et de mortalité des états du nord Nigeria qui sont touchés entre la moitié du mois d'avril et le 1er mai. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer l'ampleur de l'épidémie : le brassage des

---

[1] MURAZ et al, 1938, Essais comparés de traitement (sérum, corps azïque, sulfaniamide) de la méningite cérébro-spinale dans les régions coloniales rurales (Niger français), *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, n°36, pages 981-982

[2] PATTERSON & HARTWIG, op.cit

populations lors des transhumances et les marchés, le camouflage des malades, la pratique religieuse de la toilette du défunt devant la famille par le marabout, la proximité dangereuse des malades et des proches difficiles à éloigner sous risque d'évasion du malade. Ces pratiques sont désignées comme mettant en échec les mesures préventives. Il s'agit par conséquent de les proscrire de la société. Ces rapports soulignent également le dénuement médical face au ravage de l'épidémie. Les premières pluies sont attendues avec empressement dans l'espoir d'une amélioration côté Nigeria autant qu'au niveau de la colonie du Niger[1]. Se basant sur des observations empiriques, les médecins coloniaux préfigurent avant l'heure l'influence du climat sur l'épidémie comme le souligne cette note :

> « Il est à noter qu'à cette époque la température et la tension de vapeur d'eau atmosphérique sont en nette augmentation sur les mois précédents, et vont à peu prés partout subir une marche ascendante, jusqu'aux premières pluies alors que l'épidémie semble suivre une marche inversement proportionnelle à cette augmentation de température et d'humidité. En effet, à partir du premier mai, la méningite diminue partout avec une rapidité fonction de l'importance de l'atteinte locale, pour disparaître au cours de la troisième décade de juin, que l'atteinte ait été localement sérieuse ou moyenne. Tanout voit 2 précipitations en juin le plus faible des régions, et dans le tableau on voit que l'épidémie sévit jusqu'en juillet[2].»

Dans les rapports de santé, des rapprochements sont établis entre l'apparition et la disparition des épidémies et la présence ou l'absence d'humidité. Des tableaux de relevés pluviométriques sont superposés aux chiffres de morbidité due à la méningite pour renforcer une hypothèse parmi d'autres. Néanmoins, aucune certitude n'est établie sur la cause des épidémies..La méningite demeure une maladie mystérieuse à surveiller. Elle reste prioritaire sur toute autre activité curative et sanitaire en temps d'épidémie. Dans son rapport médical annuel datant de 1944, le médecin Colonel Picot déclare :

---

[1] Archives Nationales de Niamey, Colonie du Niger : dossier concernant la méningite (maladie n°13), Rapport mission Kano du commandant Brouin, 1H1.19, 1930-1951

[2] 1H3.23, ibid, page 27

« L'importance de l'épidémie […] doit faire passer au second plan les autres obligations médicales[1]».

Les médecins coloniaux et leurs subordonnés africains vont concentrer leur attention à canaliser les disséminateurs de germes par une prise en charge active des malades et des mesures d'hygiène appliquée à leurs proches. Cette attention soutenue, cette sorte de préoccupation inquiète, pourrait s'expliquer par le changement épidémiologique noté par les historiens anglophones dans les pays sahéliens subissant des épidémies de méningite. Ce changement n'est pas corroboré par Lapeyssonnie qui situe la rupture une décennie plus tard. En 1940, les épidémies deviennent cependant régulières dans plusieurs colonies françaises et britanniques déstabilisées par le contexte international qui a fragilisé l'économie des colonies[2].

Selon les séquences temporelles établies par le médecin militaire français Lapeyssonnie, le Niger est frappé avant la mission qu'il sera emmené à conduire, successivement par trois grosses années épidémiques de 1937 à 1939, de 1944 à 1946, de 1949 à 1951. L'incidence notée pendant les épidémies demeure basse une décennie avant l'indépendance du Niger lorsque l'on analyse les données rapportées lors de la mission de consultation de Lapeyssonnie et corroborée par Arzika[3] dans sa thèse sur l'action sanitaire coloniale dans le territoire du Niger. Une exception est à souligner, les années 1951 et 1952, le pays comptabilise 25227 malades et 7360 morts. Les années qui suivent jusqu'à la période de l'indépendance du Niger, le nombre de malades et de morts notifiés est singulièrement bas, entre 100 et 400 morts, comparé à ce qui est relevé les décennies précédentes. Arzika parle de période « discrète » de l'activité épidémique. L'historien et l'épidémiologiste n'en donnent cependant pas la raison. Elle peut être difficilement interprétée selon la révolution thérapeutique perçue dans l'usage des sulfamides puisque certains pays frontaliers[4] sont rudement touchés dans les années qui demeurent "silencieuses" pour le Niger.

---

1 1H3.23, ibid, page 28

2 PATTERSON & HARTWIG, op.cit, page 22

3 ARZIKA , A, 1992, op.cit

4comme le Burkina Faso

1.5 Conclusion : Un demi siècle de « mort rapide »

L'analyse de la période historique des épidémies de méningite montre que la principale difficulté réside dans le fait que la doctrine de la médecine de masse (dépistage, prophylaxie et traitement) ne convient pas à la méningite épidémique. L'incertitude sur les modalités de transmission et l'évolution rapide de la maladie implique de réagir très rapidement ce qui n'est pas à la portée des équipes médicales confrontées à une organisation sanitaire indigente dans un pays deux fois plus grands que la France. Les épidémies de méningite constituent de ce fait, une rupture d'intelligibilité pour des médecins habitués à administrer dans la routine différentes prophylaxies liées à des endémies connues. L'irruption de l'épidémie est émaillée d'inquiétude et d'empressement et ne permet pas de convoquer des populations entières pour leur appliquer des mesures qui n'ont pas fait leur preuve. L'étendue du territoire du Niger est visiblement le principal obstacle de la médecine coloniale et les modalités de son contrôle consistant au quadrillage de l'espace, à la clôture des zones d'épidémie, à l'assignation des masses, au contrôle voire la cessation des activités socio économiques ont été mises en échec. De ce fait la mise en œuvre pratique de la santé publique coloniale au Niger donne l'allure « d'interventions collectives limitées dans le temps et dans l'espace[1] ». Durant une épidémie déclarée, il convient de chercher les malades souvent à dromadaire ou à pied, de les extraire des foyers où ils sont parfois dissimulés, de les isoler et de les traiter individuellement avec des moyens rudimentaires tels que le nettoyage du rhinopharynx, méthodes invasives ne donnant pas souvent le résultat escompté. En l'absence d'autres recours, le nettoyage se perpétue malgré le danger qu'il représente pour l'irritation des muqueuses nasales puisqu'il sera établi plus tard qu'il aurait augmenté la virulence des méningocoques[2]. Plus tard, la prise en charge par l'injection de sérum va nécessiter une surveillance des malades pouvant aller jusqu'à 40 jours. Les méthodes de prophylaxie sont également difficiles, elles ne permettent pas d'envisager une action préventive de grande envergure en direction des populations. De ce fait la méningite continue à être une « maladie

---

[1] LACHENAL G, 2010

[2] LAPEYSSONNIE, ibid, page 108 et FAUCON R, 159

de dépeuplement. La méningite épidémique survient par ailleurs dans des territoires qui n'ont que peu d'intérêt politique pour la politique coloniale. Comme le note J-P Bado, le développement des formations sanitaires, l'envergure des actions de santé et leur spécificité sont en fonction de l'intérêt de la colonie dans les politiques d'exploitation et dans ce cadre la colonie du Niger est, du point de vue sanitaire, l'une des moins favorisée de la fédération de l'AOF alors qu'elle est l'une des plus peuplées[1]. Le Niger n'est d'ailleurs pas à ce titre une exception, plusieurs pays de la « ceinture de la méningite » qui se situent dans l'axe sahélienne revêtent peu d'intérêt (nord-Nigeria, nord Burkina Faso, nord Ghana) et sont sous le joug d'une " administration minimale" bien que spécifique au type de d'administration comme le confirment à nouveau dans les années 80, les historiens des maladies tropicales Patterson et Hartwig[2].

Les différentes caractéristiques du savoir colonial sur la méningite peuvent se résumer en quatre points à la veille des indépendances africaines. Premièrement, les épidémies de méningite sont liées au phénomène climatique et les médecins se basent sur l'observation empirique. Deuxiémement, la théorie contagionniste prévaut largement et fait subsister la quarantaine jusque dans les années 60. Enfin, l'administration médicale ne prend pas assez de recul par rapport aux mesures d'hygiène inefficaces appliquées jusque là et le manque d'investigation clinique retarde les connaissances liées à la pathogenèse de la méningite. Dans ses mémoires Lapeyssonnie ne manquera pas de rappeler la formule laconique adressée à un médecin militaire qui s'entend dire en allant se former en biologie : « le médecin colonial n'a pas besoin d'être savant[3] ». Enfin en dehors, des épidémies, la maladie revêt peu d'intérêt puisqu'elle ne fait problème que sous sa forme collective.

---

[1] BADO J-P, op.cit, page 170

[2] PATTERSON & HARTWIG, op.cit, page 22. David Patterson est un historien prolifique qui a longuement travaillé sur les maladies infectieuses en Afrique, son domaine d'expertise est l'Afrique de l'est. Décédé dans les années 80, il a contribué à la rédaction du Cambridge Historical Dictionary of disease éd Kenneth F Kiple, Cambridge University Press 2003.

3 LAPEYSSONNIE, 1983

Chapitre 2. La construction de la méningite épidémique

« Une science qui accepte les images est plus que tout autre, victime des métaphores. Aussi l'esprit scientifique doit-il lutter contre les images, contres les analogies, contre les métaphores[1] » (Bachelard G, 2004)

Pour essayer de comprendre pourquoi à partir des années 1960, la méningite épidémique a retenu l'attention des organisations sanitaires de manière durable et mobilisé plusieurs experts en bactériologie et en épidémiologie, il semble important de prêter attention à certaines hypothèses de travail qui sont analysées une à une pour expliquer le nouvel intérêt porté aux méningites à cette période. Une attention particulière est accordée aux témoignages des experts mais également au contexte international qui prévaut dans le milieu de la santé publique à la même époque. En second lieu, l'objectif principal de ce chapitre est de comprendre comment la méningite a été construite comme problème de santé publique, quelles représentations scientifiques traversent les épidémies en Afrique. A quelles évolutions ont-elles donné lieu ? On va voir ainsi que les années 60 déterminent le retour de la pensée hygiéniste et du paradigme tropicaliste.

Il a semblé important de mettre en lumière les premiers mécanismes de la mise en place d'une stratégie de santé publique au long cours. Je propose de suivre de ce fait la trajectoire et le travail d'un acteur central, Léon Lapeyssonnie et d'analyser son étude sur les épidémies de méningite. Il s'agira ensuite de suivre pas à pas la mise en place du vaccin et la rationalité qui a prévalu à la définition de la stratégie de vaccination contre la méningite.

2.1 Léon Lapeyssonnie, un expert désigné

Entre les années 1950 et 1960, le champ de la santé publique dans les colonies est occupé conjointement par les puissances coloniales et des institutions sanitaires à dimension internationale. L'OMS mandatée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) occupe une place de plus en plus prépondérante dans les décisions et l'intervention autour des maladies

1 Cité par Lapeyssonnie dans les épidémies, 1979, page 123. l'auteur est conscient que l'épidémiologie de l'époque n'échappe pas à ce « travers »

infectieuses. L'organisation va jouer un rôle déterminant dans les stratégies de santé publique notamment la programmation, l'implantation et le financement de programmes sanitaires tels que la lutte contre l'onchocercose ou l'éradication de la variole. Dès ses débuts déjà, rejoignant la préoccupation de ses pays membres dont les états américains et les pays d'Europe, l'organisation va se focaliser sur la surveillance des maladies infectieuses impactant sur le commerce mondial[1]. La décentralisation de l'OMS et la régionalisation de ces bureaux vont faire parti d'une première réponse. En 1950, cette organisation ouvre son premier bureau régional en Afrique, présidé par des européens à partir de Genève. En effet, durant les dix premières années seuls deux pays africains sont indépendants. Au début des années 60, l'agence apparaît de plus en plus visible sur le terrain africain et préconise des recherches sur les épidémies de méningite au Sahel. L'importance prise par l'OMS dans la méningite épidémique concilie l'intérêt majeur qu'est devenue la surveillance des maladies infectieuses source de problème et volonté de se positionner dans la reconfiguration de la santé publique dans les colonies africaines. Pour vérifier cette hypothèse je m'appuierai sur la perspective de l'analyse événementielle telle que l'entendent Alban Bensa et Eric Fassin c'est-à-dire la prise en compte du sujet individuel pour retrouver l'expérience des acteurs[2]. »

Cette articulation entre un acteur (épidémiologiste), son époque et son action m'apparaît comme une première approche pertinente pour comprendre la définition de la méningite épidémique comme problème de santé publique. La perspective d'analyse est foucaldienne, elle s'intéresse à ce que Foucault interprète comme « effets de vérité », c'est-à-dire la manière dont des discours historiquement situés, les dits vrais sur l'épidémie de méningite ont été produits puis légitimés par des techniques de pouvoir[3]. C'est le rapport dialectique entre un acteur, une institution, des savoirs et un pouvoir qu'il s'agit de soulever.

Le Dr Léon Lapeyssonnie est difficile voire impossible à contourner dans cette quête. La méningite épidémique, telle qu'elle est problématisée aujourd'hui est liée à cet homme autant

[1] LEE KELLY, 2009, page 6

[2] Voir FASSIN et BENSA, ibid.

[3] Voir FOUCAULT M, 2012

que les dispositifs pour contrer les épidémies. Aujourd'hui encore, son *Etude de la méningite cérébro –spinale en Afrique* parue en 1963 est religieusement prénommée la « bible de la méningite[1] ». Cette étude reste le travail fondamental qui a conduit à élaborer des représentations précises sur les lieux des épidémies de méningite et des connaissances sur la maladie. Analyser le discours du médecin militaire aide à comprendre, de quelle manière les épidémies font problème au lendemain de l'indépendance de plusieurs pays africains dont le Niger. Il faut par ailleurs rappeler qu'il n'est pas le seul à décrire les ravages causés par la maladie dans le continent. Plusieurs spécialistes de la méningite ont bien avant apporté leur contribution à la compréhension des phénomènes épidémiques dans certaines colonies, la plupart essentiellement en milieu anglophone au Ghana et au Nigeria[2]. Leurs travaux étaient cependant non pas au service de connaissances globales et utilitaires pour le gouvernement des épidémies mais d'un savoir utile à des administrations coloniales essentiellement britannique qui ne requérait pas une unité d'action. Le parti pris de suivre le discours du médecin militaire, pour comprendre le processus de construction du problème de santé publique s'avère simple : Léon Lapeyssonnie est le seul à annoncer la rupture avec les pratiques et le discours de santé publique d'avant. Ensuite, la territorialisation actuelle des phénomènes épidémiques découle de son travail d'objectivation. Enfin, il y a un travail de personnification de la terminologie « ceinture de la méningite » qui apparaît souvent sous le nom de « ceinture de Lapeyssonnie », travail relevé dans le discours de la majeure partie des acteurs de santé publique au Niger et en Europe. Il apparaît à mon sens, l'homme de l'histoire, tant ses rapports, écrits, discours, autobiographies, matériels photographiques, sculpture, témoignages de ses contemporains, articles scientifiques illustrent, l'imposante marque qu'il a su imprimer à la question de la méningite en Afrique et au Niger. L'homme est prolifique et tient des journaux qui l'aideront à écrire son autobiographie et à construire son propre mythe.

Né en 1915 à Montpellier, Léon Lapeyssonnie illustre un parcours riche et complexe. Il a été

---

[1] Terme employé par un expert des méningites travaillant à l'OMS Genève et dépendant de l'Unité *Epidemiology readiness and intervention* dans un mail datant du 23 février 2012

[2] Notamment B B Waddy qui a influencé les travaux de Lapeyssonnie.

formé à l'école de santé militaire de Lyon. Cette école des armées, dédiée à la médecine dite tropicale comme d'autres situées à Marseille ou à la Rochelle est la pépinière des médecins militaires qui se destinent à la santé dans les colonies. Léon Lapeyssonnie a consacré à partir de 1942, plusieurs années, à la doctrine du médecin Eugène Jamot en appliquant la prophylaxie de masse aux victimes de la maladie du sommeil au gré de ses mutations dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Bénin, Togo. Décrit comme un « homme des grandes endémies » il croit comme ses prédécesseurs dont Jamot qu'il admire, à la doctrine coloniale : battre la brousse et chercher les malades, les dépister et les soigner sur place même s'il admet paradoxalement que la prospection médicale et le fait que la médecine aille vers le malade était une aberration de l'administration coloniale[1]. Cette ambiguité de l'homme se retrouve également dans ses travaux. Dans les années 40 en Haute Volta (actuel Burkina Faso), il est aidé d'infirmiers voltaïques et séjourne durant six premières années dans le pays, avant de repartir en France pour une courte formation scientifique en biologie au cours Pasteur. Lors de son retour en AOF à la fin des années 1940 avec sa famille, il accepte plusieurs mutations. Il s'occupe parallèlement d'autres endémies dans les secteurs qui constituent à l'époque le Dahomey et le Togo. Dans ces années coloniales où les médecins militaires exaltent leur position de solitaire ou « boyscout » pour soigner des populations infestées au prix de se désolidariser de l'administration coloniale[2], la méningite dans sa forme épidémique est relatée une fois au Burkina Faso alors que Lapeyssonnie est à Batié au secteur XI en pays lobi avant de se rendre à Tiogo pour trois ans. Il note alors que l'ampleur de l'épidémie engendre une réduction considérable des autres activités de santé publique notamment la lutte contre la maladie du sommeil[3]. En 1945, entre le nord Togo et la Haute Volta, il observe 11 malades de la méningite et décrit avec précision la consistance de leur liquide céphalo rachidien. Après un second retour en France en 1948 Lapeyssonnie suit une formation en Biologie au Grand cours de l'institut Pasteur avant de passer le concours

---

[1] Médecine coloniale

[2] Tropiques de Jean Dutertre , Le médecin général Lapeyssonnie : « l'homme des grandes endémies » http://perso.orange.fr/jdtr/, consulté le 23 avril 2012

[3] Quelques publications ont été faites sur cette maladie à l'époque notamment la fameuse observation clinique sur Féo, « la petite trypanosomée perpétuelle ». cf. LEON LAPEYSSONNIE, Un cas exceptionnel de pan-chimio-résistance chez une trypanosomée. *Bull Soc Path Exot*, 1948, 41 : 613-621

d'assistanat. Au début des années 1950, les opportunités qui lui sont offertes orientent sa carrière en Asie notamment en Inde où il enseigne la médecine à Pondichéry. Durant ses pérégrinations, il fait la rencontre de Charles Mérieux et se lie d'amitié avec un personnage qui jouera un rôle pivot dans la naissance des vaccins contre la méningite. A son retour de l'Asie, Léon Lapeyssonnie obtient après formation un diplôme en épidémiologie et réussit le concours d'agrégation en présentant une thèse sur le vibrion du choléra qui lui permet d'enseigner en 1959 au Service de Santé des Troupes de Marine(SSTM) devenu plus tard l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA) à Marseille. L'homme se présente comme un épidémiologiste mais sa science et les différentes contributions sur la méningite dénotent un savoir au carrefour de la clinique, de la biologie et de l'épidémiologie. A Marseille, il cherche à repartir en Afrique, continent pour lequel il a un attachement particulier, qu'il évoque à plusieurs reprises dans ses mémoires. L'occasion se présente alors qu'il est décoré au sein du Pharo. En février 1960, une demande d'intervention d'urgence émanant de Michel Debré, premier ministre français, mène le Dr Lapeyssonnie à la tête d'une équipe de médecins militaires du SSTM. L'objectif est d'apporter une aide au Niger faisant face à une épidémie de méningite qui s'avère meurtrière puisque le chiffre annoncé de 655 morts représente le double de la mortalité de l'année qui précède. Dans les souvenirs du médecin, cette sollicitude de la France n'est pas désintéressée puisqu'elle est motivée par l'espoir de faire fructifier la coopération minière (Uranium d'Arlit) entre Paris et Niamey auprès du nouveau président de la République Diori Hamani. L'intérêt de la France pour les épidémies de méningite nigériennes serait de ce fait purement stratégique au lendemain des indépendances[1].

[1] Je n'interpréterai pas cette assertion que mes sources ne peuvent corroborer

Photo1 : Lapeyssonnie en compagnie de Diori Hamani, 1961

Lettre OMS Niger, Décembre 2006

Notons que la mission médicale qui se déploie possède des moyens. Elle comprend des membres de l'armée française mais aussi des médecins locaux, des agents de santé des grandes endémies du Niger et l'armée nigérienne. Les mécanismes de l'intervention d'urgence allient une mise à disposition d'une logistique considérable (hélicoptères, pick-up, matériels de laboratoire et médicaments) et des messages de propagande (à travers la radio, messages alertant les populations du risque et leur demandant de se rendre au point de diagnostic représenté par un laboratoire itinérant). L'opération sanitaire garde les atours d'une intervention militaire : rapide, minutieuse, tactique et mobile. La prophylaxie qualifiée d' « urgence » est appliquée aux malades. Si l'assistance s'articule autour des populations, elles ne sont pas visibles pour autant. De la logique du chiffre à l'analyse du LCR, le malade disparaît sous les dénominations « cas », « nombre de ponction », « nombre de LCR » « cultures » et « souches ». L'équipe clinique se vantera dans un article publié par la suite, d'un travail de dénombrement précis:

> « L'arrivée, le 05 mars, à Magaria de la Mission médicale marque un tournant dans la connaissance des cas exacts de méningite survenus dans le cercle…et l'on peut assurer que, passée cette date, les chiffres et les déclarations correspondent à la réalité[1]. »

[1] LAPEYSSONNIE et al, 1961, page 496

L'épidémie de 1961 révèle une morbidité plus élevée dans la région est du Niger choisie pour la forte incidence de méningite[1]. Entre souci d'exactitude et preuve clinique, Lapeyssonnie aidée de son équipe débute ainsi une observation du phénomène épidémique au Niger. Cette première intervention sous une temporalité de l'urgence et à caractère humanitaire donnera lieu à des investigations poussées et à une organisation utilitaire des connaissances. L'année suivante, le service des maladies bactériennes à l'OMS demande son expertise pour comprendre l'épidémiologie de la méningite au Niger et dans plusieurs pays de l'Afrique, de la Côte d'Ivoire au Soudan.

Deux versions de l'intérêt de l'OMS pour son travail ont été recueillies. L'une est celle de Lapeyssonnie lui-même qui dans son autobiographie déclare que c'est d'une obscure rencontre avec un prince égyptien à Niamey, consultant pour l'OMS qui a donné son nom à Genève, qu'il doit sa carrière à l'OMS. L'autre version provient d'un ancien élève qui estime :

> « Alors là moi je connaissais le père Lapeyssonnie, il n'a pas été choisi c'est lui qui quand il était à Bobo parce que longtemps il y a été avant que je n'arrive c'est lui qui a vu que la méningite était un problème, c'est lui qui est allé les voir (OMS) de son propre chef[2]. »

L'exhaustivité des réseaux du médecin militaire ne peut être obtenue que par un travail historique détaillé qui n'est pas l'ambition de cette partie de la thèse[3]. Son élève semble avancer que l'intérêt de l'OMS serait né à la suite des propres démarches de Lapeyssonnie pour faire reconnaître le problème que posaient les épidémies de méningite. Soulignons d'une part que la volonté de repartir en Afrique et de redevenir un homme de terrain a pour une large part conduit Lapeyssonnie à afficher une volonté de se rapprocher de l'institution. D'autre part, l'expérience médicale des médecins coloniaux et leur connaissance des

---

[1] 924/100 000 en février 1961, les auteurs précisent que le cacul a été fait à partir des cas cliniques diganostiqués et des rapports de proches de malades après décés survenus loin du centre médical, idem, page 497

[2] Entretien avec un élève puis collègue de Lapeyssonnie, Paris, 19 janvier 2012

3 Un premier effort non abouti a été néanmoins fourni de ma part et a concerné la recherche de documents historiques à Genève.

anciennes colonies ou encore leur maintien dans de nouvelles administrations sanitaires en Afrique participent de la reconnaissance de leurs savoirs et de l'importance de leur expertise.
J P Dozon note combien le projet colonial mêlé à un « besoin d'Afrique » a trouvé une continuité au lendemain des décolonisations[1]. Cette période correspond à l'investissement accru des médecins militaires dans l'œuvre sanitaire en Afrique. Les nouvelles organisations en Afrique de l'Ouest comme l'Organisation de Coopération et de Coordination de lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE), les instituts Pasteur et les organisations internationales (OMS) vont devenir le tremplin d'une nouvelle professionnalisation au service de la reconfiguration de la santé publique en Afrique. Certains médecins coloniaux vont mobiliser leurs savoirs et achever leur carrière au sein de ces instances crées après la seconde guerre mondiale[2]. L'OMS en particulier permettra pour quelques uns, attirés par une carrière internationale et le prestige d'une institution de renommée, de mobiliser leur expertise au service d'une internationale sanitaire. Après la décolonisation, les médecins militaires se reconvertissent en conseillers techniques, directeurs d'instituts de recherche médicale, chefs de laboratoire, coopérants pour le développement ou experts techniques. Pour ceux qui auront choisi l'OMS comme nouveau cadre de reconversion, les enjeux ne sont pas similaires. Les statuts de consultant, d'expert et de diplomate rendent possible au-delà d'une volonté politique, une fin de carrière enviable. Après les indépendances africaines, l'OMS apparaît donc comme une institution prestigieuse de renommée mondiale, susceptible d'offrir une consécration professionnelle mais également ne lésinant pas sur les moyens de prospection[3].

Les quatre années qui suivent l'intervention française, vont remettre Lapeyssonnie en terre africaine et au devant de la scène internationale suivi de prés par des reporters et des photographes de l'OMS. Détaché par l'IMTSSA, il effectue des navettes à Genève avant

---

[1] DOZON J-P, 2003

[2] C'est le cas de plusieurs médecins coloniaux, ce lien entre métropole, colonie et internationale sanitaire est évoquée par un historien, Cf. la thèse de GUILLAUME LACHENAL, page 131

[3] A plusieurs reprises, Lapeyssonnie s'est plaint dans ses écrits des manques de moyen de l'administration coloniale et des frustrations que cela occasionnait dans l'exercice de la médecine. L'OMS sera pour lui du moins à ses débuts le moyen d'aller jusqu'au bout de ses prérogatives et de sa mission, une opinion qui le conduira à dénoncer avec désenchantement quelques années plus tard, les lourdeurs politiques de l'institution ainsi que l'inefficacité de ses dispositifs dans la santé des pays du sud. Voir LAPEYSSONNIE, 1982

d'être recruté au siège méditerranéen de l'Organisation Mondiale de la Santé (EMRO) à Alexandrie.

2.2 Une histoire de délimitation

En 1961, lorsque le médecin militaire est appelé par l'OMS pour déterminer les séquences temporelles de la méningite au Niger, Haute Volta, Nigeria et Soudan[1], un programme méningite est en cours au sein de la division des maladies transmissibles. Le responsable de la division, Q. Ansari envisage d'envoyer des consultants dans plusieurs pays d'Afrique. Un médecin militaire anglais nommé Patrick Collard, déjà consultant à l'OMS ayant enseigné la bactériologie à l'université d'Ibadan pendant la colonisation britannique est mandaté pour désigner une liste de trois consultants pour la période de l'année 1962. Parmi ces noms, Léon Lapeyssonnie est le premier à être évoqué. Dans ce courrier datant du 03 août 1961 et destiné à Q Ansari et au yougoslave B Cvjejtanovic, Collard évoque pour la première fois le concept de « *meningitis belt* » et c'est probablement à lui que nous devons l'expression traduite de ceinture de la méningite. Il estime qu'il s'avère nécessaire d'engager au moins six consultants pour le programme méningite durant l'année en cours. Ces consultants devront se rendre dans les pays en début de la saison froide entre décembre et janvier puis février, mars et avril de l'année 1962. Ces mois n'ont pas été choisis au hasard puisqu'ils coïncident avec le début des épidémies de méningite et le moment où elles atteignent leur pic. Plusieurs pays sont envisagés dans la mission : Soudan, Tchad, Nigeria du nord, Niger, Haute Volta, Togo, Ghana, Guinée, avec la possibilité que d'autres pays puissent être également enquêtés[2]. Les objectifs sont triples. Il s'agit d'obtenir des informations, de planifier les moyens pour secourir les pays et d'établir les bases d'un programme de recherche. L'investigation envisage la collecte de données épidémiologiques des districts sanitaires des pays de la « *meningitis belt*[3] » afin de constituer un registre des épidémies de méningite cérébro-spinale à Genève

---

[1] Le Togo, Ghana, Guinée, Rhodésie, Mozambique et Angola faisaient parti du projet de l'OMS et ont été supprimés par la suite.

[2] Il s'agit de la Mozambique, de la Rhodésie et de l'Angola

[3] Le terme de *meningitis belt* apparaît pour la première fois sous la plume de P Collard même si l'histoire a retenu le nom de Lapeyssonnie. Cette note a été retrouvée dans les archives de Lapeyssonnie reversée à l'IMTSSA et le terme *meningitis*

représentant un outil de publications de données hebdomadaires. Les informations obtenues poursuit P. Collard, pourraient être d'une grande valeur pour les mesures de contrôle futures dans l'étude « du génie épidémique » et de la progression des épidémies. Cet objectif nécessite la coopération des pays intéressés par le programme.

Retenons, que Lapeyssonnie n'a jamais révélé la paternité de l'une des expressions de la discipline épidémiologique les plus fameuses et que l'histoire a retenu son nom. En novembre 1961, il est engagé pour une mission de consultance devant durer trois mois qui sera suivi d'une seconde en 1962 qui sur l'ordre de mission est établi à 48 jours, ensuite d'autres missions vont suivre jusqu'en 1964. Ces quatre années vont servir à construire le puzzle épidémiologique de la méningite dans certains pays d'Afrique dont le Niger à partir de registres nationaux, de sources bibliographiques, d'informations verbales sur le terrain et de quelques analyses biologiques accomplies spécifiquement au Niger. Le travail va servir de base à la politique actuelle sur les épidémies. Le préambule du compte rendu donne le ton :

> « Contrairement à ce qui se passe dans les zones tempérées d'Europe et d'Amérique du Nord, où elle ne sévit plus que sous forme sporadique, la méningite cérébro-spinale à méningocoques (MCS) constitue en Afrique un problème de santé publique. Ce problème est surtout préoccupant dans une bande de terrain courant de l'Atlantique à la Mer Rouge et comprise entre le 4e et le 16e de degré de latitude Nord. Cette « ceinture de la MCS » est certainement sous la dépendance de la sécheresse puisqu'elle coïncide assez exactement avec la zone limitée au nord par l'isohyète 1100. L'étude épidémiologique, clinique et surtout thérapeutique de la MCS montre qu'à la condition d'envisager le problème sous l'angle spécifiquement africain l'on peut, du fait de la coopération chaque jour plus grande de la population africaine, tracer les grandes lignes d'une prophylaxie rationnelle des épidémies. Un tel programme ne pourra se réaliser que grâce à la mise en application des mesures telles que la notification précise des cas, l'amélioration des méthodes prophylactiques et thérapeutiques ; ces mesures exigent de façon impérative une collaboration des autorités sanitaires de tous les Etats africains soumis au risque

belt est souligné au stylo bleu par probablement… Lapeyssonnie, Archives IMTSSA, Boite 547, Méningite cérébro-spinale, carte, photos, correspondances. Niger. (1960-1961)

de la MCS ainsi que l'élaboration d'un programme de recherche consacré au méningocoque dans le contexte épidémiologique africain[1]. »

Une première rupture est annoncée avec l'épidémiologie générale des méningites. Le caractère particulier et semblable des épidémies décrites souligne l'importance du contexte africain . À cette individualisation de la méningite africaine, émerge un nouveau territoire, « la ceinture de la méningite », espace particulier, découpé sur la carte de l'Afrique et au sein duquel, les phénomènes épidémiques semblent trouver leur terrain de prédilection. Cette ceinture a un positionnement géographique précis qui là encore tisse des liens avec un autre médecin anglais, B B Waddy qui a décrit bien avant ce qu'il appelle « *belt of savannah country* ». Cette ceinture se trouverait entre le 8ème et le 16ème parallèle nord et la savanne joint la limite sud de la ceinture forestière à la limite nord du Sahara[2]. Lapeyssonnie donne une deuxième indication non moins centrale, le dispositif de santé publique qui sera envisagé devra s'appuyer sur le renseignement qui est traduit en termes épidémiologiques en « notification des cas » à l'échelle continentale.

2.3 La méningite, palliatif à l'échec de la campagne d'éradication du paludisme ou intérêt conjoncturel ?

Qu'est ce qui explique le soudain intérêt pour la lutte contre les épidémies de méningite en Afrique ? La première explication vient de Lapeyssonnie qui dans le rapport sur les épidémies, estime que plusieurs nouveautés permettent d'entreprendre un véritable programme de santé publique : l'intérêt des pays affectés pour la question ainsi que la panique des populations sensibles au moment des épidémies de méningite conduisant à de grands rassemblements lors des campagnes d'immunisation. La première hypothèse s'avère probable, vu que dans les années 60, on gardait que de faibles traces de la variole[3]même si la date effective d'éradication de la maladie est plus tardive. L'hypothèse semble cependant

[1] Enquête épidémiologique sur la méningite cérébro-spinale dans cinq états en Afrique. République du Niger, République de la Haute Volta, Fédération du Nigeria, République du Tchad, République du Soudan, Léon Lapeyssonnie, Manuscrit original dactylographié, 1962, archives IMTSSA, Boîte 489, Marseille

[2] WADDY B B, 1957, page 179

[3] Voir MOULIN A-M, 1996, pages 125-142

facile et simpliste. La seconde justification livrée par Lapeyssonnie me parait insuffisante. La demande ne suscite pas automatiquement une offre et dans les questions de santé publique, la reconnaissance de la réalité du problème ne conduit pas toujours à une mobilisation[1]. L'hypothèse selon laquelle les populations donnent des éclaircissements sur la perception du danger ne permet pas d'expliquer le travail de mise en visibilité du problème.

Une autre hypothèse a été avancée par un ex président de la Société de Pathologie Exotique, ancien étudiant de Léon Lapeyssonnie pour qui, l'intérêt pour les méningites épidémiques peut être rapproché d'un projet de pallier à la campagne internationale contre le paludisme et son rêve d'éradication qui a mis de côté les pays africains. Pour faire oublier l'échec de l'éradication du paludisme, l'OMS se serait lancé dans une nouvelle cause : l'élimination de la méningite épidémique au Sahel :

> « **Q :** Ce que je voudrai comprendre c'est pourquoi l'OMS en est venu précisément dans les années 60 à demander une expertise sur les méningites en Afrique, pourquoi précisément cette époque là? Lapeyssonnie raconte qu'il y a une prise de conscience mais y a-t-il autres raisons?
> **R :** C'est l'OMS qui donne l'impulsion, je n'en sais rien à cette époque je ne sais pas pourquoi mais je peux tourner cette question en vous disant comment a évolué l'OMS, vous savez quand cela a été créé après la seconde guerre et la création de l'ONU, au début l'OMS c'est un grand machin avec du bon et du mauvais peu importe, bref et au début, ils ont dit on veut faire quelque chose de normal, ce qui est normal et ils se sont attaqués à vous savez quoi? Je vous pose la question mais non je ne vais pas vous poser la question je vais vous dire quoi, c'est le paludisme. Ils ont voulu faire une campagne d'éradication, de contrôle du paludisme en bombardant du DDT et ça s'est révélé un fiasco total sauf dans quelques petites îles où là c'était facile mais l'idée c'était d'éviter la réimportation du plasmodium dans le continent africain et asiatique là où il y a du *falciparum* et ils avaient investi des fortunes dedans, ils se sont dit mince on s'est planté il faut qu'on se retourne vers autre chose parce que là on a investi ce pognon pour que dalle, pour parler vulgairement […] il fallait être insensé à cette époque pour penser que l'éradication du paludisme serait obtenu en bombardant comme ça du DDT bon bref, donc il fallait qu'ils aient du succès et donc ils sont partis dans la méningite[2] ! »

---

[1] GILBERT C & HENRY G, op.cit

2 Un immunologiste ancien élève de Lapeyssonnie, Paris, 19 janvier 2012

Pour la plupart des observateurs[1], cette hypothèse ne mérite pas d'être rejetée. En mai 1955 s'inspirant de l'expérience américaine d'éradication du paludisme, l'OMS décide à sa 8ème assemblée mondiale de déclarer la guerre au paludisme par l'usage extensif du DDT ainsi que d'autres insecticides avant que n'apparaisse d'éventuelles résistances. Plusieurs experts estiment alors que si tous les efforts sont accomplis en joignant l'usage de la prophylaxie médicamenteuse et du DDT, le paludisme serait réduit de 90%. Le calendrier final de l'éradication est fixé à 15 ans. Dès la fin des années 1950, des tonnes de DDT sont aspergés dans plusieurs parties du monde notamment dans les champs agricoles. Maisons, villages, cases et hameaux sont localisés géographiquement et également traités. Parallèlement, des études intensives sur les insecticides sont réalisées, seul bémol, le programme qui existe à l'échelle mondiale n'a pas son pendant local en Afrique[2], seule l'Afrique du sud y bénéficie. Ilana Löwy souligne que la campagne d'éradication du paludisme par l'OMS et les campagnes de lutte plus modestes contre les maladies transmissibles ont émergé dans un contexte d'après guerre où la « présomption que la technologie occidentale—de la pénicilline au DDT—représentait la clé du progrès humain. Les Etats-Unis ont plaidé pour une politique de campagnes sanitaires conduite à grande échelle dans les pays en voie de développement. L'amélioration de la santé et du niveau de vie des pays tropicaux, ont estimé leurs dirigeants, allait servir les intérêts économiques et politiques de leur pays[3]. »

De 1959 à 1962 une étude conduite par W H Wright chef de la division des maladies tropicales du *National Institute of Health* (NIH) est financée à la fois par son institution, la fondation Rockfeller, l'armée américaine, l'*Office of the Surgeon General* et le *US Public Health Service*. Lors d'une consultation, de nombreux experts sont conviés de par le monde et essentiellement des anglo saxons. Les experts américains soulignent l'importance d'améliorer la santé des populations vivant en zones tropicales et dans les pays pauvres afin d'augmenter

1 Notamment pour le premier directeur de l'IRSMI plusieurs fois consultants à l'OMS dans les années 70

2 ILANA LOWY, 2001, page 335

3 LÖWY I, op cit, page 334

leur productivité et cela dans le dessein d'assurer le progrès économique de l'état providence et donc des américains :

> *"There is no doubt, however, that a reduction in debilitating infectious diseases and improvements in diet will increase the capacity of tropical populations for work and represent an economic contribution to the welfare state[1]"*

Autrement dit le programme qui garantit le relèvement sanitaire des populations des pays pauvres a pour principal ressort cognitif : l'économie libérale et le développement du capitalisme. Cette vaste étude conduit à un rapport publié en 1962 et intitulé *Tropical Health. Summary Report on a study of needs and ressources.* Une page et demie sont consacrées au problème posé par la méningite à méningocoque dans le monde. Le panel regroupe trois experts consultants dont B B Waddy sur les quatre conviés au départ[2]. Les contributions du médecin anglais Waddy concernant la situation dans les pays africains sont résumées ainsi:

> *"Epidemic of cerebrospinal meningitis occurs time to time in all parts of the world and that in countries in Africa in geographical relation to the Sahara meningitis occurs on a scale not approached in any other region. He mentioned specifically extensive epidemics occurring in cycles in the Savannah areas in the Sudan and in Ghana. The seasonal incidence of epidemics is very clear, occurring during the dry season, in the dry areas only, and ending when the humidity rises. The seasonal and cyclical associated with dryness, low relative humidity and in populations living mostly in mud-roofed and mud-walled houses with little light and ventilation raises many questions concerning the possible effects of the various environmental factors upon the meningococcus and the host[3]"*

Le profil épidémiologique des méningites épidémiques sont résumées de façon à faire ressortir le caractère saisonnier des épidémies, sa localisation géographique et les facteurs socio-environnementaux identifiés par l'auteur habitué des colonies britanniques particulièrement frappées par la méningite : Ghana et Nigeria. B B Waddy, australien

---

[1] National Academy of Sciences, Tropical health. Summary report on a study of needs and resources, page 18, (1962)
[2] l'expert manquant (pour des raisons non explicitées) devait venir de Dakar

[3] Idem, page 45

d'origine ayant servi dans l'armée royale anglaise connaît bien le Nigeria pour y avoir séjourné et travaillé pendant la période coloniale. Dans le domaine des méningites épidémiques, il est un précurseur de Lapeyssonnie car dès les années 50 il avait publié des travaux sur les épidémies sévissant au Ghana avec une attention particulière aux témoignages des habitants et aux modes de vie de ces derniers.Pourtant l'expertise qu'il apporte lors de la conférence est partagée sur le staut de problème que revêtent les épidémies en Afrique :

> *" … Meningococcal infections do not appear to rate among the most important diseases of the tropics; from time to time severe epidemics may have serious adverse effects upon the health and* ***productivity***[1] *of population groups in some tropical areas*[2]*."*

La méningite épidémique n'est donc pas pour la société réunie cette année là un enjeu de santé publique. Les experts plaident néanmoins en faveur d'une sulfamidisation accrue en guise de chimioprophylaxie et de traitement à l'ensemble de la population. Ils préconisent de conduire des recherches sur les facteurs météorologiques, l'incidence des maladies respiratoires sur la survenue de la méningite, les facteurs nutritionnels, la densité de peuplement lors des périodes de couchage, etc.

Les conclusions de cette consultation sont paradoxales au regard de l'étude qui va être demandée par l'OMS deux ans après dans les pays sahéliens de la méningite et de la médiatisation des épidémies de méningite au Niger au même moment sous l'impulsion de Léon Lapeyssonnie. Deux arguments peuvent être néanmoins retenus. Premièrement, le programme sur les épidémies de méningite est à connecter à un contexte de politique américaine et internationale de lutte contre les maladies transmissibles dans les pays pauvres, contemporain à la lutte contre la malaria. Deuxièmement, cette lutte qui va être prise en main par l'OMS est déconnectée de visée altruiste.

2.4 La construction d'un espace écologique coupable :

---

[1] Mis en exergue par l'auteur

[2] National Academy of Sciences, idem, page 46

L'on réserve habituellement au courant scientifique la froide description des faits objectifs et la mise en place de paramètres rigoureux, alors qu'au champ profane est dévolu des valeurs et des faits incertains[1]. La question des épidémies de méningite contrarient cette catégorisation car c'est précisément dans le champ épidémiologique de l'on retrouve une part importante de l'imaginaire fondant les connaissances sur la méningite épidémique. Parmi elles, une expression semble aller de soi dans le milieu épidémiologique et chez les experts de santé publique, c'est celle de la « ceinture de la méningite ». Cet idiotisme, sorte de slogan scientifique galvaudé, introduit les propos de la presque totalité des articles scientifiques sur les épidémies de méningite en Afrique encore aujourd'hui de même qu'elle introduit le propos des experts au Niger lors des réunions de consultation. Elle semble constituer par conséquent, une partie de la boîte noire des connaissances sur la méningite. Le terme « ceinture de la méningite» semble aller de soi chez les politiques, les experts, les médecins, les épidémiologistes jusqu'aux infirmiers de brousse. Or cette structure linguistique n'appartient pas à l'épidémiologie et ne fait pas parti d'un cadre de règle formalisée alors qu'elle est au centre des politiques actuelles sur la méningite épidémique. On peut s'interroger sur le consensus quasi indiscutable à propos de cette expression et voir quelles ont été dans le temps et successivement les définitions liées à cet espace.

Le terme qui est souvent remplacé par « ceinture de Lapeyssonnie » est fortement rattaché à l'homme qui l'a inspiré. Né dans le sillage des comptes rendus et rapports d'expertise du médecin militaire, cette métaphore de « la ceinture » est sans doute l'expression la mieux indiquée, et la plus révélatrice de l'imaginaire d'un problème de santé publique enraciné au sein d'un espace pathogène. En 1963, le médecin militaire donne la description suivante:

> « Une étroite bande de terrain courant de l'Atlantique à la mer Rouge et comprise entre le 4 e et le 16e degré de latitude nord. Cette «ceinture de la MCS» est certainement sous la dépendance de la sécheresse puisqu'elle coïncide assez exactement avec la zone limitée au nord par l'isohyète 300 et au sud par l'isohyète 1100[2]. »

---

[1] SETBON M, 1993, page 15

[2] LAPEYSSONNIE, L, 1963, op.cit., page 3

Dans la conclusion de son étude épidémiologique qui consacre l'introduction du concept, il réaffirme :

> « L'on peut poser comme règle que la méningite cérébrospinale à méningocoques n'apparaît sous sa forme épidémique en Afrique dans l'Hémisphère nord que dans une bande de terrain relativement étroite et allongée à laquelle nous proposons de donner le nom de "ceinture de la méningite"…[1]. »

La « ceinture de la méningite» est caractérisée par un espace géographique précis avec des frontières représentées par des lignes imaginaires appelées isohyètes, par un climat particulier, une alternance saisonnière précise (l'épidémie débute en période sèche et froide et finit en saison chaude et pluvieuse). Cette notion clé est l'innovation sémantique[2] par laquelle, les actions contre les épidémies de méningite en Afrique ont été rendues possibles. Elle participe comme l'ensemble des métaphores à la production de sens au service des connaissances. Ce qui est tout à fait important, c'est que la notion a pu trouver sa place dans la structure linguistique de l'épidémiologie et des épidémiologistes contemporains qui en font un usage routinier. La description de Lapeyssonnie englobe en réalité onze pays situés en majorité en Afrique de l'Ouest. Elle concerne d'Est en Ouest : le Soudan, le Tchad, le nord de la République centrafricaine, le nord du Cameroun, le Nord du Nigeria, le « Niger utile » situé au centre du pays, le Dahomey, le Togo, le nord du Ghana, le sud de la Haute-Volta et l'est du Mali, par ailleurs ajoute l'auteur :

> « Il est vraisemblable qu'elle s'étend à l'est en Ethiopie et en Somalie, à l'Ouest du Mali, au Nord de la Guinée, au Sénégal et à la Mauritanie[3]… »

---

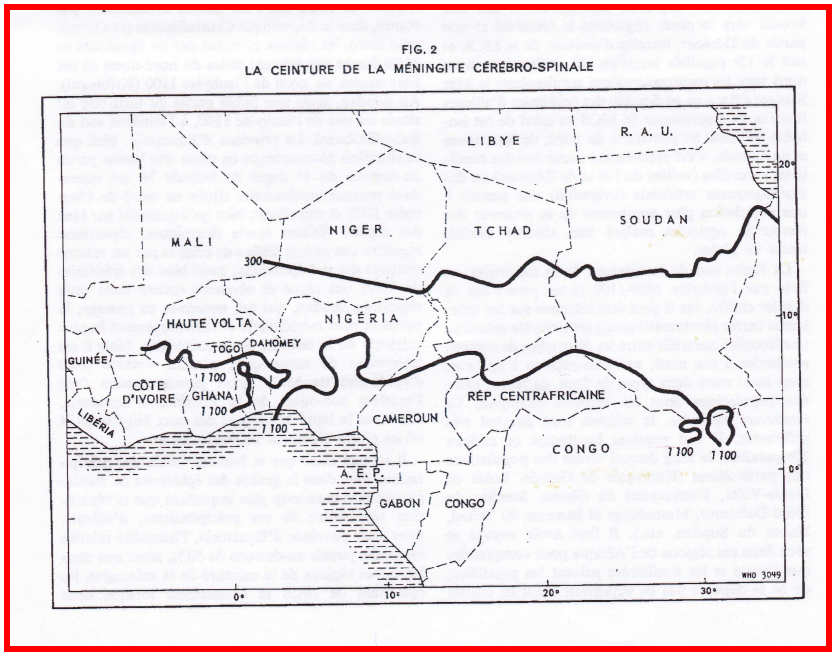
[1] LAPEYSSONNIE, L., ibid., page 39 en guillemet dans le texte.

[2] Voir à ce sujet Paul Ricœur qui fait de la métaphore plus qu'une figure de style, ce quelque chose qui ne prend du sens qu'une fois le texte d'ensemble donné, l'innovation sémantique participe de la mise en intrigue, de l'assemblage des faits, des causes et des hasards, RICOEUR, PAUL, 1997, la métaphore vive, Paris, Editions Point, 411 pages & 1991, Temps et récit, Paris, Editions Seuil, 406 pages

3 LAPEYSSONNIE, ibid., page 41

Cependant Lapeyssonnie ne les intègre pas dans sa cartographie. Jusqu'en 1970, ces principaux pays font l'essentiel de « la ceinture ».

Carte 2 : Ceinture de la méningite, Lapeyssonnie, 1963 : 39



Source : Lapeyssonnie, 1963.

Le quadrillage de l'espace[1] est assujetti aux populations qui y vivent. De Bamako à Khartoum, il est possible, de définir une même configuration écologique et épidémique, des peuples qui partagent une même "culture du risque" entendu comme une communauté de destin : Haoussas, Peuls, Lobis, Sombas, noubas, Gourmantché[2]. La probabilité plus grande de survenue de la méningite épidémique chez ces peuples et dans cet espace est défini de manière culturaliste que résume bien une formule du préambule : « la méningite est un problème épidémiologique spécifiquement africain ». La particularité de la méningite épidémique est renforcée par une mise au point précise du médecin : la méningite épidémique sévit dans d'autres endroits du continent, mais seuls les pays de la « ceinture de la

1 FOUCAULT MICHEL, 1976

2 Ceci ne veut pas dire qu'il existe une population à risque pour la méningite épidémique. Le risque est plutôt assujetti à une zone géographique. Il n'y a pas d'association entre un groupe social et le danger épidémique et donc d'accusation sociale comme dans le cadre du VIH Sida.

méningite» ont cette caractéristique d'avoir la méningite sous son profil endémique avec des explosions épidémiques « à caractère saisonnier ». Cette précision souligne déjà le caractère ubiquitaire de la bactérie qui induit une forte prévalence de la maladie que dans une zone particulière du monde, en l'occurrence « les pays de la ceinture ». Une imbrication forte existe entre la distribution des épidémies, la configuration écologique, l'espace géographique et les circulations des personnes. Ce quadrillage obéit à une logique de re-territorialisation des épidémies de méningite. Ainsi, alors qu'elles sont tout à fait impromptues, insaisissables et empêchent toute catégorisation pendant la période coloniale, dans les années 60, les épidémies de méningite sévissent dans un territoire d'élection. Ces caractéristiques permettent de domestiquer en quelque sorte les épidémies elles-mêmes. En lui érigeant un domicile de prédilection, on assigne et fixe la méningite épidémique un espace. Par conséquent, les épidémies se territorialisent, ce qui est un premier point de définition du problème de santé publique.

Par ailleurs, les épidémiologistes tels que Lapeyssonnie et son confrère australien B B Waddy[1] attachent à la "culture du risque" qui unifie les peuples de la cette ceinture, des comportements sociaux jugés délétères : les pratiques de couchage pendant la saison froide qui ramènent les individus à coucher en rang serré dans une même pièce, les maisons en banco dont les particules de poussière sont soupçonnées de renfermer des éléments pathogènes, le regroupement pendant les festivités. Certaines conditions de vie sahélienne sont jugées à priori comme à risque par les experts qui ont fait autorité des catégories construites :

> « Les populations affectées par ces épidémies, en Afrique des savanes, possèdent, à des nuances près, la même structure sociale et le même standing économique : collectivités agricoles, inoccupées en saison sèche et vouées de ce fait à l'attrait des déplacements, de faible capacité financière, vivant dans des cases mal aérées sans fenêtres, où l'entassement à la saison froide est la règle. Nous y ajouterons une absence quasi-totale de la notion de contagion[2]. »

[1] WAADY B B in Tropical health summary report on a study of needs and resources, 1962, page 18

[2] Lapeyssonnie, 1961, page 512

Bien que ce jugement ait été remis en question par l'épidémiologie de la méningite dans les grandes villes et par le constat que la maladie sévit dans toutes les couches sociales et formes d'habitation, ces préconceptions n'ont pas totalement disparues de l'espace politique de la santé. Aujourd'hui encore ce jugement se révèle être partie intégrante de la construction du risque comme dans cette note relativement récente de l'OMS:

> « Zone d'hyperendémie caractérisée par un climat et des habitudes sociales particuliers[…] la transmission de *N meningitidis* est favorisée par un habitat familial surpeuplé et les grands déplacements de population engendrés par les pèlerinages et les marchés traditionnels régionaux. Cette conjonction de facteurs explique les grandes épidémies qui se produisent au cours de cette saison dans la ceinture de la méningite[1]. »

Curieusement, aucune étude statistique n'est venue étayer la corrélation entre les cas de méningite et les concessions surpeuplées et la notion « d'habitudes sociales » demeure encore floue et non définie. Cette pénurie d'études et de preuves statistiques n'empêche pas la pérennisation de représentations solidement enracinées. Par ailleurs, si les rencontres marchandes et la circulation des personnes paraissent dans cette citation relever de comportements pathogènes, elles ne sont pas spécifiques à la méningite. L'on sait que le brassage des populations, le développement et la rapidité des moyens de déplacement sont le meilleur relais à la diffusion des maladies contagieuses.

La « ceinture de la méningite » relève d'un imaginaire épidémiologique retransmis à une génération de médecins et épidémiologistes, plutôt que d'un phénomène factuel tangible sans compter que cette ceinture a fait l'objet à plusieurs reprises d'ajustements contingents[2]. En effet, la description de la « ceinture de la méningite» est différente sous la plume même de son auteur. En intégrant de multiples variables la ceinture est définie ainsi :

---

1 WHO, 2003, Weekly Epidemic Record, 33 (78), page 295

2 Voir au Chapitre 4

«[…]elle mesure 350 kilomètres dans sa plus faible largeur (à l'Est du Nigeria, à la latitude 10 ° Est) et un peu plus de 1000 kilomètres dans sa plus grande largeur (au Soudan, à la latitude 30° Est) ; sa largeur moyenne est de 600 kilomètres environ sa longueur, mesurée de la Haute-Volta au Soudan, est de 4200 kilomètres ; il est vraisemblable qu'elle s'étend à l'Est à l'Ethiopie et en Somalie, et à l'Ouest, au Mali, au Nord de la Guinée, au Sénégal et à la Mauritanie, en bref de la Mer rouge et de l'Océan indien à l'Océan atlantique. Sa superficie est de 2 500 000 kilomètres carrés…la population qui l'habite est environ 28 millions d'habitants[1]. »

Cette définition de nature plus exhaustive a la particularité d'intégrer dans la ceinture, des pays à l'extrême ouest de l'Afrique. Cependant seule la première définition plus restreinte excluant le Sénégal à l'ouest et l'Ethiopie à l'est a été conservée sur la carte apparaissant dans l'étude et donnée plus haut.

En 1971, dans le *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* Mpairwe et Matovu[2] recensent les épidémies de méningite dans l'espace et dans le temps et décrivent ce qu'ils appellent « *the meningitis curve* » qui suit l'est et le sud du lac Victoria.

Les épidémies de méningite intercontinentales des années 1970 conduisent à repenser l'épidémiologie de la région africaine. En 1972, en Afrique, au sud de l'équateur, des spécialistes constatent des mêmes phénomènes, similaires à ceux étudiés dans la bande sahélienne. Des situations endémiques se transforment en épidémie et une méningite affligeant le même type de population. Cependant les épidémies de méningite semblent « marcher par la tête » en Afrique australe, elles atteignent leur acmé durant la période chaude (septembre), ce qui coïncide avec la période froide et le début des épidémies dans les pays de la « ceinture classique de la méningite ». Des épidémies sont relevées au Kenya, en Tanzanie, en Ouganda et au Mozambique. Deux ans plus tard, le pèlerinage de la Mecque concerne 100 000 habitants de la région subsaharienne qui disséminent la bactérie à leur retour, des foyers sont signalés dans ces mêmes pays. A la fin des années 1970, les pays de l'Afrique centrale tel le Rwanda sont confrontés à des épidémies de méningite. Par ailleurs, l'on détecte

[1] LAPEYSSONNIE L, 1963, op. cit., page 41.
[2] MPAIRWE, Y. a. MATOVU. H.L 1971

des souches de la méningite sahélienne dans cette partie du continent. Durant une allocution, à l'occasion des IXèmes journées médicales en 1979 à Dakar, Lapeyssonnie lui-même donne raison à ceux qui avancent l'hypothèse d'une ceinture australe, il présage « un futur incertain » aux méningites épidémiques[1]. De plus en plus d'experts dans les papiers scientifiques et au niveau des réunions de l'OMS suggérent la probabilité d'une seconde « ceinture de la méningite». Par ailleurs, la systématicité du diagnostic et sa fiabilité sont reconnues comme étant des facteurs permettant de donner à l'épidémiologie de la méningite son ampleur réelle[2]. A la même époque les pays de la « ceinture de la méningite» se réunissant à Lagos comptent 14 pays, de nouveaux pays sont présents ne figurant pas explicitement sur la carte de Lapeyssonnie[3].

Dans les années 1980, un expert de l'OMS Genève relate le débordement des épidémies de méningite de leur cadre géographique habituel[4]. Il remarque que les épidémies débordent de leur cadre géographique habituel et suggère de prendre en compte l'adaptabilité des bactéries ainsi que les changements sociaux qui bouleversent certaines parties de l'Afrique. Ces éléments permettent selon l'auteur de reconsidérer les savoirs épidémiologiques sur les méningites épidémiques en Afrique.

En 1984, Patterson et Hartwig donnent une connotation différente à *meningitis belt* et *meningitis arc* qui diffère de la description de Lapeyssonnie : deux nouveaux pays l'Ouganda à l'est et le Sénégal à l'Ouest y sont ajoutés. Les auteurs qui se penchent sur l'histoire de la méningite épidémique dans les pays comme le Mozambique, l'Afrique du sud mais surtout le Tchad et le Soudan, amendent l'allégation d'une extension de la « ceinture de la méningite ».

---

[1] LEON LAPEYSSONNIE, Les méningites épidémiques : un certain passé, un futur incertain IXième journées médicale, Dakar, 15-19 janvier 1979, Archives IMTSSA, Boîte 496

[2] Je demeure réservée sur ce fait, à la même époque, du 20 au 24 mars 1972 au Nigeria se tient un séminaire régional organisé par l'OMS sur la surveillance épidémiologique et la lutte contre la méningite épidémique, les consultants européens et les experts africains présents reconnaissent après une session de travail que les données épidémiologiques sont absentes ou incomplètes et que ceci est une caractéristique de la région africaine. Aucun décès n'est notifié dans la plupart des pays présents. Rapport sur un séminaire organisé par le Bureau Régional de l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1972, Archives OMS Genève AFR/CSM/10

[3] Il s'agit de : Guinée, Sénégal Cote d'ivoire et Mauritanie. Le Congo et le Soudan sont absents.

[4] CAUSSE G Y , 1983, pages 203-205

La ceinture comptabilise 21 pays sous surveillance épidémiologique, du Sénégal à l'Ouest à l'Ethiopie à l'Est et comprend 400 millions de personnes au début du 21ème siècle[1]. En 2008, elle s'élève à 25 pays traduisant l'extension du risque et par conséquent le changement de l'épidémiologie de la méningite dans l'espace sahélien. la prise en compte de nouveaux pays fluctue à la lumière des données épidémiologiques, de la réémergence de souches invasives. Cependant, chez les épidémiologistes, le consensus n'est pas établi sur les vraies limites de la « ceinture ». Certains s'interrogent sur la justesse de cet élargissement et se cantonnent à la configuration lapeyssonnienne, tandis que d'autres, au sein de l'OMS, nient la scientificité d'une ceinture qui s'élargit et estiment qu'aucune preuve solide ne permet d'envisager un changement épidémiologique :

> « Ce qui caractérise la ceinture, c'est l'épidémiologie après on peut y superposer des caractéristiques climatiques. Alors la question est de voir si cette ceinture s'étend ou pas parce que bon initialement elle était décrite dans cette région en gros du… il n'était même pas allé, de tout l'est jusqu'à tout l'ouest, c'était en gros du Burkina Faso à un bout du Soudan quelque chose comme ça, ce qui est quand même le gros de la ceinture, puis tout à coup par un coup de passe passe, je ne sais pas du tout comment ça s'est fait, tout d'un coup tout le monde dit que (rires) ça va de l'Ethiopie au Sénégal . Bon si vous regardez toujours dans les mêmes cartes on voit que ça va vers le Ghana puis (pttttt) ça descend un petit peu et y des trucs un peu bizarres (haussement d'épaules). Donc on ne sait pas trop…mais c'est une question intéressante et importante de savoir si cette ceinture a tendance à s'étendre2. »

La représentation de la « ceinture de la méningite » peut différer d'un expert à l'autre même si, un modèle "canonique" sous forme de consensus implicite permet l'affirmation dans les articles scientifiques, d'une ligne continue du Sénégal à l'Ethiopie. Pour autant, la re-territorialisation du phénomène épidémique a conféré une singularité géographique à cette partie de l'Afrique encore perceptible dans l'imaginaire des épidémiologistes de la jeune génération. Elle met en perspective l'importance transnationale du phénomène épidémique

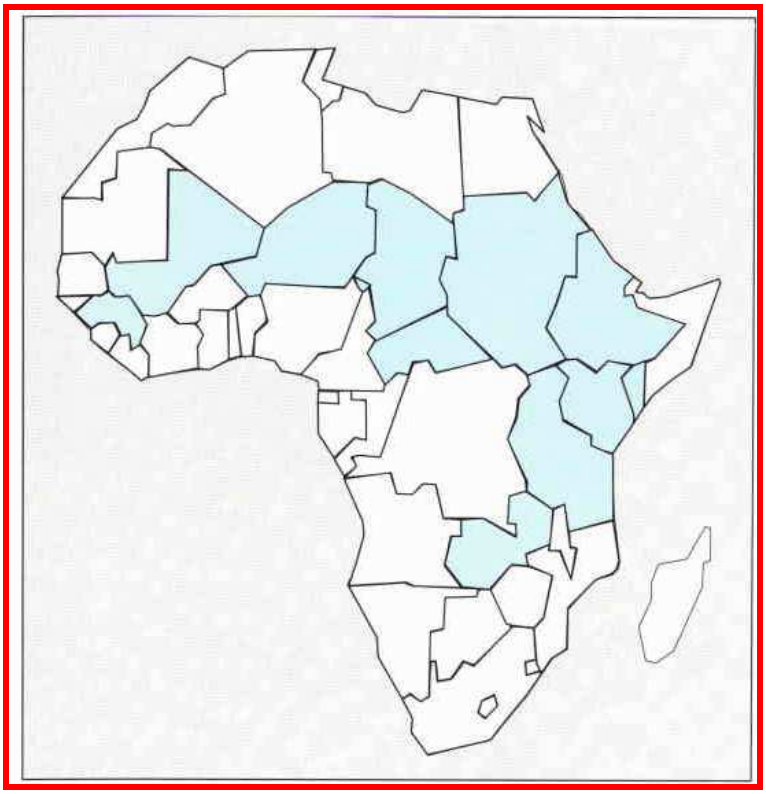
---

[1] WHO, 2005, Weekly Epidemic Record 37 (80), Page 314

2 Un spécialiste de la réponse aux épidémies de méningite à l'OMS, Genève février 2012

dès les années 60 et son appropriation aujourd'hui par des scientifiques du nord et du sud.

Carte 3 : « Ceinture de Lapeyssonnie » et zone d'extension des épidémies de méningite dans les années 1990 en Afrique



Spiegel et al, 1994 : 32

La méningite épidémique comme la plupart des pathologies tropicales décrites par les médecins coloniaux est enchâssée dans un paysage[1]. Elle est inscrite au sein d'un environnement qualifié d'hostile par Lapeyssonnie qui livre une description détaillée. C'est l'orée du désert, dans les zones de savane avec un couvert végétal épineux et des arbres squelettiques, c'est la chaleur qui assèche les pores et les gorges, renforcée par un vent sec accompagné de poussière, cet harmattan asséchant les muqueuses nasales et favorisant l'infection qui enflamme les méninges. Le Niger est caractéristique de cette définition. Dans

[1] MOULIN, A.- M., 2007, Du macrocosme au microcosme humain, obstacles et perspectives d'une démarche pluridisciplinaire, *Santé et Systémique,* N°3-4, pages 153-166

le premier paragraphe du rapport concernant le Niger, Lapeyssonnie décrit le pays comme suit :

> « Bloc continental, isolement, hostilité de la nature, sont des termes que l'on retrouve sous la plume de tous ceux qui ont écrit sur le Niger; originalité, attachement inexplicable, enchantement des grands espaces vides, sont des mots que l'on entend de la bouche de ceux qui y ont vécu; les deux appréciations sont exactes[1]. »

Dans l'imaginaire de l'expert, le pays est perçu comme un grand espace vide en apparence laissé à l'abandon des grands espaces vides, un paysage apparemment laissé à l'abandon, une immensité qui confirme sa particularité écologique. Le géographe Gérard Rémy et ses collègues[2] rappellent ont rappelé vingt ans après le rapport du médecin militaire, combien la médecine tropicale et l'épidémiologie doivent au Sahel, « cet-entre deux-mondes »[3]. Son écosystème est situé entre monde saharien et soudanien : absence de cours d'eau pérenne, arbustes élevés, steppe avec strate herbacée, mares temporaires, le fleuve Niger traversant Niamey en devient « un intrus » qui constitue une exception. Cette singularité écologique fait le lit de plusieurs maladies trasmissibles. Nombre de maladies sont favorisées par des conditions climatiques particulièrement difficiles pour l'homme. Pourtant le Sahel contient une définition contrastée. En arabe, il signifie rivage, et c'est précisément l'endroit où la vie devient à priori possible après la traversée du désert du Sahara. Or, c'est dans cette configuration que les épidémies de méningite semblent prendre leur ampleur, un détal de poids sur lequel Lapeyssonnie s'attarde longuement dans le rapport :

> « Nous sommes dans une zone de savane plus ou moins boisée dont le paysage devient de plus en plus austère au fur et à mesure que l'on se rapproche des lisières du désert ; les arbres à feuilles caduques font place aux épineux, puis aux buissons, puis à l'herbe maigre, puis à rien sinon au monde minéral. Le caractère le plus frappant du climat qui y règne est l'existence

---

[1] LAPEYSSONNIE, L., Ibid, page 5

[2] REMY G et al, 1982, Environnement et maladies dans le Sahel (Afrique de l'Ouest). Un entre deux mondes. *Cahier d'études africaines*, vol 22, N°85-86, pp 47-78

[3] Ibid, page 47

d'une longue et absolue saison sèche, déterminée par la prédominance des vents secs, du nord-est, qui s'étend de septembre à mai et au cours de laquelle la température, d'abord fraîche et plaisante, voire froide, de décembre à février, atteint progressivement des valeurs excessives qui peuvent atteindre 45°C sous abri en avril-mai, tandis que la sécheresse de l'atmosphère s'accentue chaque jour, et peut s'abaisser jusqu'à 10% d'humidité relative pendant les mois qui précèdent les pluies. Celles-ci, dont le volume annuel se situe entre 250 mm et 1100 mm, surviennent généralement en mai-juin et mettent un terme, impatiemment attendu, à une situation météorologique toujours inconfortable et parfois inhumaine[1].»

La gradation ascendante décrivant un monde minéral qui décline plus on avance dans le Sahel contribue à la construction de cette représentation d'un environnement hostile. Le Sahel apparaît comme un "espace écologique coupable" un concept inspiré de la notion d' « espace social coupable »[2] Ce concept peut être défini comme une configuration spatiale donnée associée à des conditions écologiques qui constituent un univers social à risque pour les populations qui y vivent. Cet espace écologique coupable qui se confond à la ceinture de la méningite permettra de modéliser le risque d'occurrences d'épidémies en fournissant des données statistiques qui permettent à l'OMS de mettre en place un dispositif de surveillance de la zone.

Les considérations du médecin militaire rejoignent la littérature sur la « condition sahélienne[3] » que partage le Niger, exemple édifiant d'un pays souffrant de sa pesanteur géographique. Mais ces considérations remontent plus loin. En 1961 son travail intitulé *éléments d'hygiène et de santé publique sous les tropiques* est édité avec de grandes modifications. Le manuscrit rédigé quelques années auparavant est destiné à montrer les affinités électives entre hygiène et productivité dans les colonies françaises et constitue un véritable « outil d'empire » destiné à participer à la propagande coloniale. Dans la version éditée, dans le chapitre consacré à la place du climat dans l'hygiène, Lapeyssonnie affirme:

---

[1] LAPEYSSONNIE, L., 1963, page 3

[2] HERVOUËT, J-P, LAVEISSIERE, C.,1987, pages 21-32

[3] RAYNAUT C, 1987, L'agriculture nigérienne et la crise du Sahel, *Politique Africaine*, n°28, page 97-107

> « En termes très généraux, on peut dire que le climat intervient, soit directement, soit indirectement pour imprimer un caractère si particulier et si puissant à l'ambiance dans laquelle vit l'homme, que l'on peut se demander s'il ne constitue pas la principale, sinon l'unique explication, des différences évidentes de "développement" que l'on constate parmi les diverses populations du globe, tant sur le plan matériel et technique que sur le plan intellectuel et social…d'un autre côté, les facteurs climatiques interviendront activement dans la constitution d'une ambiance plus ou moins saine, en favorisant la conservation et la multiplication des agents pathogènes d'une part, la pullulation des agents vecteurs d'autre part; l'usage a consacré le terme de "complexe pathogène", créé par Maximilien Sorre, et qui vise à rassembler, pour une région donnée, les informations épidémiologiques, biologiques, géophysiques et climatiques, et à étudier leur interaction réciproque dans la permanence de l'état endémique et l'apparition de conditions épidémiogènes[1].»

Cet écrit contemporain à son enquête sur les méningites épidémiques en Afrique élabore les maladies sous le spectre des influences climatiques propres aux tropiques. Rappelons pourtant que la thèse des liens entre genèse des maladies tropicales et climat avait été refroidie par la doctrine pastorienne des germes. L'ancrage de la pratique médicale de s'enquérir du climat du pays et des activités des membres de la société est ancienne rappelle A-M Moulin. Cette pratique puise dans la tradition médicale occidentale et orientale où, le médecin s'enquérait des particularités climatiques locales, pour prévoir le déroulement cyclique des affections[2]. L'historienne souligne que cette approche des maladies tropicales n'a pas disparu avec les indépendances et qu'elle témoigne même d'une nouvelle vigueur à la période qui les succède[3]. L'approche de Lapeyssonnie signe par ailleurs une rupture avec l'épidémiologie des méningites occidentales qui firent des ravages dans les villes américaines au début du 20ème siècle. En devenant une maladie tropicale, les épidémies africaines sont perçues comme un « problème spécifiquement africain» régnant dans des conditions climatiques propres aux pays sahéliens. En 1964, en pleine brousse, il poursuit son étude au

---

[1] LAPEYSSONNIE, L., 1961, page 13

[2] MOULIN, A.- M., ibid.

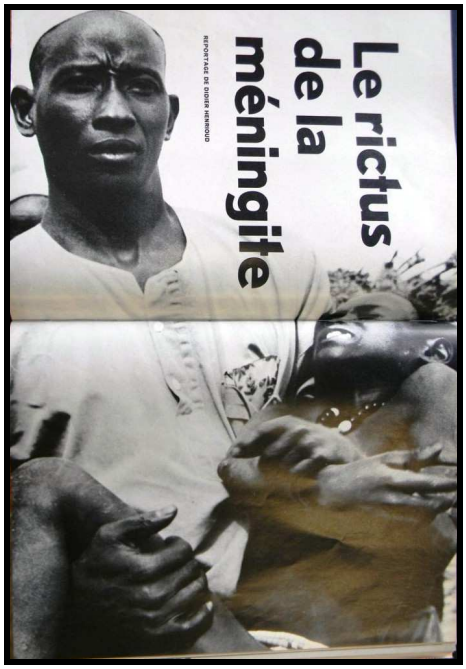
[3] Certains travaux ont mis en exergue la volonté des médecins du sud de s'approprier les affections locales qui leur sont familières pour rivaliser avec leurs confrères occidentaux en reprenant le discours tropicaliste.Voir à ce sujet MOULIN, A-M, 1996, page 17 et CHIFFOLEAU SYLVIA, 1996, pages 69-82

Niger, accompagné de Didier Henrioud un photographe de l'OMS. Un article titré *le rictus de la méningite* signé par le reporter et publié dans un numéro de la revue Santé du Monde intitulé «la Nouvelle de Afrique » met en exergue la particularité de ce Sahel:

> « Du Niger au Soudan, du Tchad à la Haute-Volta, entre désert et forêt tropicale, tout au long d'une bande de terrain comprise entre le 8ème et 15ème degré de latitude nord, le tableau ne change pas : lumière aveuglante de la savane, routes difficiles, climat inhumain, pointes de 45 degrés centigrade, hygrométrie voisine de zéro[1]. »

Cette frontière épidémiologique se révèle être un argument politiquement pertinent. Il ne s'agit plus de décrire un phénomène épidémique exceptionnel auquel les médecins militaires ont livré combat avec le peu de moyens dont ils disposaient, mais de l'inscrire durablement au sein d'un contexte particulier afin de pouvoir fournir à l'OMS une politique de santé publique élargie à dimension sous régionale.

Photo 2 : Le rictus de la méningite, 1964, Niger



© Didier Henrioud, 1964, Archives OMS Genève

[1] HENRIOUD, D, 1964, page 18

Une autre mise en évidence du problème est liée à la mise en évidence de l'endémicité de la méningite en Afrique au début des années 1960.

2.5 La nouvelle endémie africaine :

« Il s'agit d'un problème épidémiologique spécifiquement africain[1] au même titre que la trypanosomiase ou l'onchocercose, et les notions épidémiologiques, d'ailleurs restreintes, que nous possédons sur la méningite cérébro-spinale des pays tempérés, ne nous sont que de peu d'utilité. Tout est à trouver dans ce domaine…[2] »

L'analyse par Lapeyssonnie des séquences temporelles des épidémies durant la période coloniale a permis d'introduire la notion de « changement de l'épidémiologie » générale de la méningite. En insistant sur la rupture entre l'épidémiologie du passé et celle du présent et en mettant en lumière l'occurrence des épidémies dans le temps, l'invention de l'endémie de méningite est née. L'étude du médecin qui se base sur une approche séquentielle des épidémies de méningite au Niger établit que la maladie est devenue endémique lorsqu'elle n'est plus revenue à une incidence nulle dès la fin des années 1950. Il apparaît qu'à partir de cette période, il existe une extension du risque épidémique. Cependant, les endémies méningitiques ne sont pas une endémie de trypanosomiase ou de paludisme ; « elles constituent la toile de fond des épidémies à venir car elles s'additionnent au fil des années comme un gonflement de vague et s'hypertrophient pour se transformer en gigantesque phénomène épidémique dévastateur[3].» La méningite devient à la veille des indépendances, une maladie « endémo sporadique[4] » à caractère saisonnier susceptible de se transformer en épidémie à tout moment. Cet état endémo-sporadique :

---

[1] En italique dans le texte

[2] LAPEYSSONNIE, op.cit., page 5

[3] Cette description est actuellement à l'œuvre chez les des experts qui ont servi comme coopérants en Afrique et avec qui je me suis entretenue.

[4] Cette expression désigne chez les spécialistes, une maladie préexistante de manière dispersée dans une communauté

« Constitue une menace permanente de voir la maladie déborder de son cadre habituel et s'engager sur la voie d'une flambée épidémique redoutable[1]… »

Ce travail de re-qualification permet donc de saisir la mesure de l'importance des travaux remis à l'OMS et du caractère problématique dont relève les "nouvelles épidémies de méningite". Une décennie avant les indépendances, la menace épidémique est constante. Elle nécessite non plus la gestion de circonstances exceptionnelles mais d'une maladie courante dont il convient d'être attentif au bruit de fond, signe avant coureur d'épidémies souvent explosives. Le spectre épidémique agité n'en est que plus inquiétant.

En faisant la revue des endémies tropicales dans les années 1980, les médecins Ricossé et Husser affirment que si l'endémie est la caractéristique épidémiologique la plus fréquente parmi les maladies transmissibles, celles-ci peuvent se révéler soit sous forme sporadique, soit comme d'authentiques épidémies[2]. Ce qui est par contre difficile à déterminer pour les épidémiologistes, c'est de savoir si effectivement l'addition de plusieurs foyers endémiques donnera sur une période donnée une facture épidémique élevée. Or, cette hypothèse a été émise par le médecin militaire. Ce travail de qualification marque une autre rupture avec la caractéristique floue et perturbatrice de l'épidémie durant l'époque coloniale. L'étude rappelle que la méningite a longtemps été caractérisée comme « insidieuse[3] », perçue comme un « fléau périodique » et « inéluctable ». Son « endémisation » permet de ne plus penser l'épidémie comme une rupture d'intelligibilité puisque « seule la tendance (des vagues) à s'élever progresse[4] » c'est-à-dire l'évolution des endémies en épidémie. Cette définition invite à une prise de conscience linéaire du phénomène. L'épidémie de méningite devient un événement non pas prédictible mais susceptible d'être prévue. C'est dans cette optique que la question du cycle peut être comprise.

2.6 L'invention des cycles :

---

[1] LAPEYSSONNIE, op.cit., page 4

[2] RICOSSE & HUSSER, 1982, page 10

[3] Sur les métaphores liées aux maladies voir SONTAG S, 2009

[4] LAPEYSSONNIE, 1963, Page, 104

« A la notion de vagues de méningite, se substitue celle d'« année à méningite » dans le sens que les agriculteurs donnent à « années à cerises » ou « années à petits pois. » (Lapeyssonnie, 1963 : 105)

N°cycle	Années	Nombre de cas	Nombre de décès
1	1907	?	?
2	1921 à1924	?	15000
3	1931 à1932	?	?
4	1937 à 1939	9083	3991
5	1944 à 1946	22170	7198
6	1949 à 1951	16909	4849
7	1960-1962	19559	2344[2]

L'étude de la méningite au Niger permettra de mettre en exergue un raisonnement par le cycle qui donne lieu au retour du "cycle du malheur" (prophétie théologique). Le cycle renvoie à une succession annuelle d'épidémies de méningite d'intensité différente et limitée dans le temps. L'hypothèse d'épidémies cycliques retenue par certains médecins britanniques notamment B B Waddy sera reprise par le médecin militaire. Sept cycles vont être identifiés pour le Niger dans la première moitié du 21ème siècle[1]. Chaque cycle est triennal. Il permet de comprendre que l'émergence d'une épidémie installe dans le temps une succession d'événements épidémiques et qu'un « répit » peut être constaté entre deux cycles.

Tableau 1 : cycles identifiés au Niger entre 1907-1962

[1] La construction de ces cycles est aléatoire, les années non cycliques de Lapeyssonnie sont plutôt des années où il n'a pas pu obtenir de données. Voir page 106 du manuscrit original, Archives Pharo boite 489

2 Chiffres au 20 mai 1962 dans le tableau

Source : Lapeyssonnie [1963 : 10] élaboré à partir des données épidémiologiques recueillies au Niger

Les périodes s'étendant de 1907 à 1930 concernent le début de la santé publique coloniale au Niger. Les cas répertoriés sont parfois des cas européens. Si l'on se penche ensuite sur les Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale de la fin de l'année 1929 au début des années 1930, peu de cas ont été relevés : 152 victimes et 45 morts de 1929 à 1931 dont 1 enfant européen[1]. La période d'intervalle des cycles dure un nombre d'années qui a été établi dans une fourchette de 10 à 12 ans à l'époque et entre 3 à 6 ans aujourd'hui. La question du cycle n'est pas spécifique à l'épidémiologie des méningites. L'intervalle entre deux cycles c'est-à-dire deux grandes périodes épidémiques fait l'objet de réévaluation permanente au regard de l'épidémiologie instable des méningites. Autrement dit, il n'existe pas de loi permettant de prédire un cycle même si Lapeyssonnie suppose que la compréhension de son fonctionnement est la clé de la maîtrise de l'épidémiologie de la méningite car elle permettra de prédire les futures épidémies.

La difficulté de prédire le cycle a été posée à diverses reprises après l'expertise sur les méningites au Sahel.

Dans les années 1980, d'autres experts à l'OMS avancent la question de l'échelle à prendre en compte et remettent en question la périodicité des épidémies. Qu'il s'agisse des pays de la « ceinture de la méningite » ou d'un continent, les épidémies ne surviennent pas au même moment et ne subissent pas inéluctablement les mêmes évolutions[2].

1 Annales de médecine et de pharmacie coloniale, LEFEVRE, 1930, pages 550 et HERMANT, 1931, page 87

2 CAUSSE G Y, 1983 :203

En 2007, l'OMS elle-même dans un bulletin épidémiologique de la méningite, déclare que l'estimation de la durée d'un cycle demeure difficile à évaluer[1]. Le bulletin souligne par ailleurs l'importance de la prise en compte d'autres facteurs bactériologiques, environnementaux ou liés à l'état de la couverture sanitaire des pays. Pourtant certains acteurs de l'OMS n'hésitent pas à fournir des interprétations centrées sur le cycle. L'estimation de la durée d'intervalle des cycles permet bien pour certains d'ente eux, de se préparer à l'éventualité d'une épidémie majeure. Des experts africains et européens dont une grande pointure d'une branche africaine de l'OMS et une autre basée au quartier général de l'OMS Genève ont tenté dans des études prospectives de calculer la durée et l'intervalle des cycles épidémiques au Niger[2]. En 2008 ils avancèrent l'hypothèse de cycle de 3 et 4 ans pour le Niger et une durée d'intervalle de 3 à 5 ans entre les cycles ce qui coïncide en ce qui concerne la durée d'un cycle avec le calcul du médecin militaire presque un demi siècle avant. Cette estimation relève d'un enjeu majeur puisqu'elle permet aux épidémiologistes d'émettre la possibilité de déterminer un facteur de risque basé sur l'intervalle entre les épidémies et de mettre la question du cycle au cœur de la stratégie de prévention et de contrôle des épidémies.

D'autres experts tentent de prédire de manière plus précise des cycles à l'aide de calculs mathématiques. La question du cycle semble de plus en plus abandonnée aux modélisateurs, dont les estimations sont prises avec prudence, et qui utilisent souvent le conditionnel dans les publications ou dans leurs discours pendant certaines réunions conscients du caractère novateur de leur expertise dans le champ des méningites africaines[3].
Un bactériologiste anglophone de la *London School of Hygiene and medicine* activement lié depuis plus d'une trentaine d'années à la connaissance des épidémies de méningite africaine a consacré un éditorial à l'histoire de la méningite en Afrique qu'il intitule : « *100 years of epidemic meningitis in West Africa, has anything changed ?* ». Il y affirme :

---

[1] Weekly epidemiological Record, 2007, page 80

[2] DJINGAREY M et al, 2008

[3] Constat personnel

"Perhaps African epidemics require several events involving both the organism and the environment occurring concurrently but what grouping of circumstances is necessary to set off an epidemic remains a mystery and no system has yet been devised that allows an epidemic to be accurately predicted by time and place. It is 10 years since the last major epidemic spread across the meningitis belt so another major epidemic may not be far away[1]*."*

Bien que la thématique du cycle concède des limites certains à la question du risque d'une épidémie majeure, la tentative est grande d'alerter l'opinion scientifique sur l'éventualité de ce risque lorsqu'une période d'accalmie trop prolongée est observée. La période de survenue d'une épidémie demeure cependant un « mystère ». Un article de Science de juin 2008, accorde un petit paragraphe à cette question en titrant : « mysterious cycles », Marc Laforce ancien officier du CDC et personnage incontournable de la nouvelle génération de vaccin contre les méningites en Afrique affirme :

«Similarly, although epidemics are inevitable, almost all efforts to predict exactly when and where they will strike have failed miserably. It has defied the best scientific minds[2]*. »*

L'aspect bricolage n'est pas tabou dans le domaine par ailleurs, comme l'estime un expert de la réponse aux épidémies de méningite :

« C'est des fluctuations saisonnières et puis tout d'un coup le risque c'est qu'il y ait plus que des fluctuations saisonnières mais une grosse épidémie, le risque épidémique c'est ça. Maintenant on dit chaque année qu'il y a un risque d'une épidémie qui vient (rires) et puis on se trompe plus ou moins chaque fois, parce qu'on ne sait pas prédire une épidémie […] Tout ce qu'on sait c'est qu'il y a des espèces de vague qui viennent et qui partent, qu'il y a une sorte cyclicité, 7-10 ans mais ce n'est pas si évident que cela. Donc plus la dernière épidémie est éloignée plus on se dit la prochaine fois, il y aura une grosse épidémie mais ce n'est pas plus précis que cela3. »

Cet aveu permet de comprendre la lenteur d'évolution dans la définition de ce qu'est un cycle et par extension la possibilité d'un risque d'épidémie dans le temps. Thématiser les

[1] GREENWOOD B, op cit., page 778

[2] Interrogé par Leslie Roberts, Infectious disease : An III wind bringing meningitis, *Science*, 27 juin 2008, vol 324, n° 5884, pages 1710-1715

[3] Un expert de la réponse aux épidémies de méningite, OMS Genève 23 février 2012

épidémies de méningite en terme de cycle paraît de moins en moins pertinent en définitive notamment quand se pose les modalités pratiques de l'émergence véritable d'un cycle épidémique différent d'une banale variation annuelle de l'épidémie. Enfin, à l'échelle de la maîtrise régionale et continentale du risque épidémique, les pays concernés présentent une forte variabilité des « événements cycliques". Or l'épidémiologie de la méningite envisage le phénomène comme relevant de circulations transnationales et d'événements épidémiques sous régionaux.

2.7 Un phénomène transnational

Le Niger est d'autant plus exposé qu'il est frontalier au Burkina Faso, au Tchad et surtout au Nigeria, qui connaissent des épidémies de méningite importantes. Ces pays, avec le Soudan constituent l'essentiel de la « ceinture de la méningite». La séparation du Niger avec le grand frère turbulent (le Nigeria) est «purement théorique» avertit Lapeyssonnie. Des caravanes Haoussas ont pendant des siècles traversées les vastes territoires échangeant dans le cadre du commerce transsaharien: sucre, armes et textiles puis du sel à l'époque coloniale[1]. Les autorités coloniales ont, à diverses époques, bloqué le commerce caravanier pour cause de d'épidémie soupçonnée d'avoir commencé en pays Haoussa comme il a été souligné précédemment, confrontant l'administration française et britannique à des visites sanitaires "cordiales" encore appelées « palabres » pour discuter d'un ennemi commun: le méningocoque. Pour Lapeyssonnie, le Niger des espaces vides illustre par sa faible incidence de la méningite, le rapport entre occupation de l'espace et type de pays frontalier. Les touareg du nord proches des pays à faible incidence de la méningite (la Libye et l'Algérie) ne connaissent pas d'épidémie tandis que les populations Zarma et Songhay sédentaires et privilégiant une occupation dense de l'espace, font les frais des épidémies notamment du fait de leur proximité avec le Burkina Faso et le Mali, quant aux Haoussas proches des zones frontalières du Nigeria, ils demeurent particulièrement exposés aux épidémies. La géographie frontalière est donc une notion centrale dans la définition du risque.

Ailleurs les historiens PATTERSON & HARTWIG qui citent abondamment l'étude du

1 Voir à ce titre EMMANUEL G., 1992, page 153

médecin militaire confirment le caractère interpays de l'épidémiologie de la méningite. Ce rapport d'interdépendance entre les pays et les phénomènes épidémiques permet une approche épidémiologique par les connexions nationales. Cela revêt également le même enjeu que pour la « ceinture de la méningite » puisqu'elle permet d'envisager des règles de lutte régionale et de cibler le problème à résoudre à l'échelle des sous régions[1].

2.8 Envisager le contrôle de la maladie

La grande rupture engagée par Lapeyssonnie pour divorcer des connaissances liminaires à l'époque de la colonisation permet d'envisager la lutte contre les épidémies sous un angle bactériologique et épidémiologique. Les principales recommandations du médecin militaire ciblent une meilleure acquisition de connaissances par les épidémiologistes et les bactériologistes sur le comportement du méningocoque. Les premiers sont conviés à élaborer un travail de notification précise des cas de méningite, les seconds à développer la recherche en laboratoire. Le référentiel du savoir est justifié par le fait qu'il est temps de ne « plus être dépassé par le génie épidémique », de connaître qui sont les porteurs de méningocoques, pourquoi une rhinopharyngite banale se transforme soudain en méningite puis en un ensemble de cas pour finir par une épidémie à grande échelle. Une bonne partie du rapport établit ainsi l'étiologie connue des méningites, notamment la différence et la distribution des sérogroupes et la nécessité de se pencher sur l'étude de la virulence de celles-ci. Du côté du traitement, la sulfamidisation à dose unique d'une durée de vingt quatre heures a fait ses preuves, elle est de plus en plus utilisée en chimioprophylaxie. Les sulfamides sont jusqu'à la fin des années 1960, le moyen prophylactique et thérapeutique le plus sur. Le médecin lui-même le préconise après le succès d'une injection unique à l'est du Niger. Cependant l'expert craint une résistance des bactéries et présume que la chimioprophylaxie ne peut être qu' « une mesure temporaire[2] ». Une troisième recommandation voit alors le jour: la recherche d'un vaccin. Il est ainsi préconisé à l'OMS de se tourner vers l'immunisation car « la vaccination antiméningococcique efficace serait l'arme prophylactique idéale à opposer à une épidémie de

[1] Trois sous régions sont concernées : Afrique de l'Ouest, Afrique Centrale, Afrique de l'Est

[2] LAPEYSSONNIE, 1963, op. cit., page 93

MCS dans un foyer délimité[1]. » Au début des années 1960, les interlocuteurs du médecin militaire à Genève sont convaincus, que la surveillance et le secours aux pays qui le souhaitent sont les principales stratégies à concevoir. Le groupe scientifique sur les *Neisseria* qui se réunit à Genève en 1964 décide en conséquent, par la voie du chef de service des maladies bactériennes de l'OMS, d'élaborer un plan de programme[2] consistant en deux stratégies. La première appelée « stratégie d'urgence » consiste à la prédisposition de sulfamides dans deux capitales africaines dont Niamey et à la mise à disposition de consultants susceptibles de conseiller les pays qui en font la demande. La seconde stratégie destinée à être à être élaborée sur le long terme comprend la formation des épidémiologistes et microbiologistes, la quête de connaissances autour de la méningite et le soutien économique et scientifique aux laboratoires des pays de la méningite. La quête de connaissances inclut notamment toute recherche sur des méthodes de protection contre l'infection. Les experts vont confirmer qu'une solide connaissance du méningocoque et des moyens de le neutraliser constitue une condition nécessaire pour résoudre le problème des épidémies. La stratégie à long terme prévoit comme second volet la surveillance en tant que système de renseignement international sur les bactéries en circulation, à partir du Pharo Marseille choisi comme centre international de référence pour les méningocoques. Ces deux stratégies dictées à l'OMS donnent le cadre d'élaboration d'une future politique de santé publique et de recherche. Le groupe de *Neisseria* se voit par ailleurs confronté à la régularité des épidémies. Il sera rappelé, l'importance de devoir adapter le programme de l'OMS en fonction des changements de l'épidémiologie de la méningite. En effet, bientôt apparaissent des résistances aux méningocoques, relançant les débats sur la nécessité de développer un vaccin.

Dans le milieu des années 60, l'usage généralisé et sans contrôle des sulfamides dans tout le Niger et les pays frontaliers conduit à des résistances in vitro observées par le Dr Lapeyssonnie sur des malades à Niamey. Des médecins militaires encore en poste dans les

---

[1]Idem, page 98

[2] Meeting on *Neisseria* research, WHO/VDT/RES/GON/8.65 et BD/CSM:68.8 Archives OMS Genève et

pays frontaliers tirent la sonnette d'alarme dans plusieurs revues scientifiques et lors de réunions[1]. Les résistances des méningocoques en Afrique viennent rejoindre les constatations des médecins après l'épidémie de San Diégo en 1963. Les épidémies de méningite sont un problème de santé publique depuis le début du siècle et frappent surtout les recrues de l'armée américaine. Si elles ont tendance à devenir moins importantes après la seconde guerre mondiale, la collectivité militaire continue à payer plus lourd tribut. Il faut souligner que les casernes militaires ont été souvent le lieu de prolifération rapide des maladies infectieuses qui constituaient l'une des plus sérieuses causes de morbidité et de létalité chez les soldats[2].

2.9 Traduction scientifique

Lapeyssonnie fait volte face les années suivantes à la lumière des observations à petite échelle permettant d'avancer la fin prochaine de l'efficacité des sulfamides dans le traitement des méningites bactériennes. L'homme a trois arguments non négligeables pour envisager le remplacement des sulfamides dans la moitié des années 1960 : tout d'abord le médicament ne permet pas d'influer sur l'évolution d'une épidémie ni de la prévenir, ensuite il faut redouter des résistances futures et enfin son usage à grande échelle est coûteux puisqu'il nécessite une mobilisation logistique importante telle que les parcs de voitures et le carburant. Si le premier argument rencontre des échos favorables, le second bien que craint est un spectre redoutable que beaucoup de spécialistes veulent repousser. Le troisième argument s'avère cependant peu convainquant dans la mesure où la mobilisation logistique en temps d'épidémie est inévitable et même plus conséquente lorsqu'il s'agit d'un outil préventif comme le vaccin.

En effet, 1963 signe le début du désenchantement. Les américains ont signalé au printemps, des résistances aux sulfamides durant l'épidémie de la base navale de Fort Ord à San Diégo. Cette mauvaise nouvelle va contraindre l'OMS à élargir les alternatives déjà envisagées au moment de l'expertise de Lapeyssonnie. Le 13 mars 1963 commence, sur l'instigation de l'organisation, le premier essai de tolérance vaccinale sur des malades nigériens à l'hôpital de

[1] Elles ont donné lieu à plusieurs publications dont celle de VANDEKERKOVE M et al, 1969

[2] Dans la deuxième moitié du 18ème siècle, la variole était reconnue comme l'ennemi le plus redoutable de l'armée américaine.

Niamey. Deux candidats vaccins sont testés, l'un à partir de germes intacts et l'autre de bactéries tuées du sérogroupe A, tous deux reconstitués sur place. Une première étude publiée dans une revue canadienne avait démontré la tolérance chez des sujets souri,s des vaccins qui ont été développés par le microbiologiste Dr Greenberg et son assistante Margaret Cooper au laboratoire d'Hygiène du Département National de Santé et d'Assistance d'Ottawa au Canada[1]. Le Dr Haroun Kouka alors ministre nigérien de la santé autorise les études. Les deux candidats vaccins sont testés par le Dr Lapeyssonnie et le chef de laboratoire de microbiologie de Niamey, le Dr Digoutte. Ils sont secondés par le Dr Torresi, directeur de la santé publique du Niger et du Dr Riou, chef de l'hôpital national de Niamey. La première étude est faite sur quatre malades mentaux du pavillon de l'hôpital psychiatrique de Niamey. Les sujets reçoivent par injection nasale à 10 heures du matin et à jeun un candidat vaccin par voie soit musculaire soit sous cutanée. L'un des sujets présente une fièvre avec une température de 38°, les médecins n'observent aucun incident fâcheux. Ils réitèrent l'étude le 25 mars, elle porte sur dix huit malades du pavillon psychiatrique, neuf malades reçoivent un premier candidat vaccin et les neuf autres, le second vaccin. Des tests immunologiques concluent à des observations encourageants ce qui amène à élargir le bras d'étude[2].

Le 5 et 6 avril, 215 jeunes élèves nigériens de l'école Canada et Yantala de Niamey reçoivent les mêmes vaccins, quelques uns se plaignent de fièvre et de douleur au bras, mais les signes ne sont pas significatifs pour les médecins d'autant plus que les enfants rejoignent leur classe le lendemain. La tolérance des deux candidats vaccin est bien établie, il ne reste plus qu'à prouver sa valeur immunisante. Pourtant Lapeyssonnie conclue dans une note que l'élaboration d'un vaccin efficace est encore loin[3]. L'essai vaccinal de Niamey sera oblitéré à la place d'un autre conduit en Haute volta trois années plus tard comparant le vaccin Greenberg à un autre vaccin français élaboré par le laboratoire Mérieux. Les travaux de Greenberg et de Cooper ne connaîtront finalement pas de suite car le vaccin est décrit

[1] GREENBERG L & COOPER M Y, A somatic antigen vaccine for the prevention of meningococcal cerebrospinal meningitis, Bull. Wld Hlth Org., 1965, 33:21-26

[2] Ces travaux n'ont pas été publiés, les notes de l'essai se retrouvent aux archives IMTSSA Marseille, Lapeyssonnie L et Digoutte R, 1963, La vaccination antiméningococcique. Intérêt et conditions d'utilisation, boîte 547 et 537

[3] La vaccination antiméningoccique, intérêt et conditions d'utilisation, LAPEYSSONNIE L & DIGOUTTE R, sd, Archives de l'IMTSSA, boite 547

comme n'étant pas « stable[1] ». Du côté de l'Institut Pasteur, rien ne laisse présager le développement d'un vaccin pour les pays africains[2].

En 1966 un groupe de médecins dirigé par le professeur Emil C Gotschlich commence à mettre au point une recherche sur les propriétés vaccinales du méningocoque. Né de parents allemands à Bangkok en janvier 1935 et naturalisé américain, Emil est le petit fils du médecin, épidémiologiste et hygiéniste spécialiste de médecine tropicale, Emil Carl Anton Constantin Gotschlich, par ailleurs collègue de Robert Koch. Après un doctorat de médecine à l'Université de New York, Emil. C. Gotschlich travaille quelque temps à l'hôpital Bellevue avant de rentrer en 1960 à l'université Rockefeller où il poursuit sa carrière en tant que professeur de bactériologie et chef du laboratoire de pathogénie bactérienne et d'immunologie[3]. Entre 1966 et 1968, il est nommé capitaine dans le laboratoire de bactériologie du *Walter Reed Army* dans la ville de Washington. Il y commence avec une équipe de chercheurs[4] des travaux qui vont démontrer, l'intérêt du polysaccharide dans la prévention de la méningite bactérienne.

Il a été établi dès la fin du 20ème siècle que les agents pathogènes de la méningite, les méningocoques sont strictement humains. Ce sont des bactéries de forme ovale qui se présentent par deux, enveloppées d'une capsule. Sur la capsule des méningocoques, on peut voir la présence de résidus de sucre appelés polysaccharides capsulaires. Grâce à l'équipe de Gotschlich, il est démontré qu'elles sont impliquées dans la reconnaissance de l'infection par le système immunitaire. Avec ses collègues, ils vont d'abord décrire les réponses immunitaires de l'organisme face au méningocoque avant d'identifier les moyens de protection contre la bactérie. Ils développent une technique de purification permettant d'obtenir des polyosides

---

[1] Conférence Technique OCCGE 1965, Haute volta, Boite 225, archives IMTSSA Marseille

[2] Dans les mémoires de Lapeyssonnie et dans le manuscrit d'un article sur le nouveau vaccin essayé au Soudan et développé par Mérieux, l'institut Pasteur est évoqué soit en anonymat soit nominalement pour avoir refusé de s'intéresser au développement d'un vaccin antiméningococcique pour des raisons qui seraient liées à l'efficacité entendue dans les années 1960 des sulfamides mais également pour l'étroitesse du marché.

3 La pathogenèse bactérienne s'intéresse aux mécanismes employés par les bactéries pour initier une infection

[4] Drs MALCOM ARTENSTEIN, IRVING, GOLDSHNEIDER et RONALD COLD

immunogènes, c'est-à-dire d'agents pathogènes inactivés capables de protéger de la forme de méningites les plus répandues chez les militaires : les méningites C qui sont devenus majoritaires après la première grande épidémie de méningite subie par l'armée américaine au retour de la seconde guerre mondiale. Entre 1968 et 1971, quelques études sur des recrues de l'armée américaine concluent à l'efficacité protectrice du vaccin C. Les premiers résultats de Gotschlich et de son équipe sont publiés à la fin de l'année 1969 dans le journal expérimental de la médecine appartenant à l' Université Rockefeller[1]. Le succès annoncé du vaccin permet à Charles Mérieux, proche du Général Lapeyssonnie[2] toujours sous l'égide de l'OMS, d'initier le même procédé en collaboration avec l'équipe américaine. L'OMS est un partenaire clé puisqu'il octroie de 1969 à 1971 au laboratoire Mérieux basé à Lyon, un financement pour le développement d'un antigène contre la méningite A responsable des épidémies invasives en Afrique. Entre 1970 et 1974, quelques milliers de doses de vaccins sortent de Lyon et sont testées successivement dans plusieurs pays d'Afrique. Les résultats paraissent prometteurs aux investigateurs. Un article de Lapeyssonnie, paru dans la revue de l'OMS, proclame la victoire sur *l'Iltihab-el sahaii* la traduction de l'arabe soudanais de l'inflammation des méninges. La revue de l'OMS titre : « Méningite : tournant décisif » même si, rien ne permet de alors si le vaccin est susceptible de contrarier l'évolution d'une épidémie, malgré les résultats encourageants.

2.10 Naissance d'une technologie de l'urgence

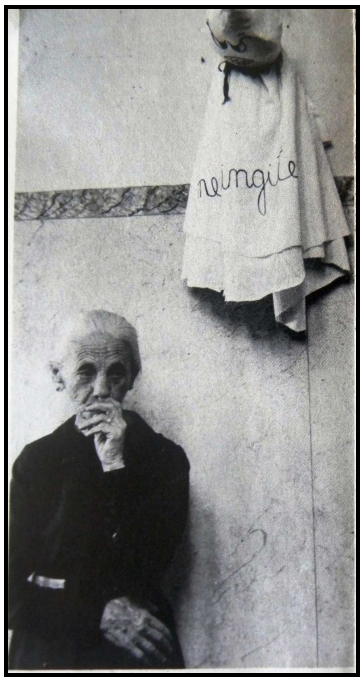
En 1974 le Brésil signale des centaines de milliers de cas de méningite, une épidémie fulgurante embrase Sao Paulo. Charles Mérieux est sous les projecteurs, accompagné de Lapeyssonnie, les deux hommes se sont connus en Afghanistan des années plus tôt et Mérieux a déjà perdu un frère en bas âge, mort de la méningite. Les médias de l'époque évoquent la générosité du Dr Charles Mérieux, se pressant au Brésil et un Lapeyssonnie se décrivant lui-même comme prudent face à la demande du ministre de la santé brésilien d'un usage massif du vaccin essayé au Soudan. Les correspondances des deux hommes laissent

[1] Gotschlich and al, 1969

[2] Voir le témoignage de C LARDY, vice présidente à l'époque de la Fondation Mérieux, LARDY C, 20 mars 2002, Le médecin Général Lapeyssonnie et le Dr Mérieux, Journée en hommage au MG Lapeyssonnie, Pharo Marseille, document en ligne : http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T95-5-Lardy.pdf consulté le 19/09/2012

entrevoir une autre réalité. La grande épidémie de Sao Paulo qui a défrayé la chronique à l'époque est une opportunité commerciale sans précédent pour le Dr Charles Mérieux. Les deux hommes se rendent au Brésil pour constater la situation et organisent une série de réunions techniques. Mérieux obtient la promesse d'une commande de 60 millions de vaccins contre la méningite A et fait du lobbying pour que les autorités brésiliennes vaccinent également contre le sérogroupe C observé lors d'épidémies précédentes. En septembre 1974, il demande à Lapeyssonnie de l'aider à élargir son marché. L'industriel tient à être le principal et le premier interlocuteur commercial des brésiliens et à livrer un vaccin contre les deux sérogroupes relevés au Brésil. Le marché est immense : 90 millions de brésiliens sont à vacciner sur 8.5 millions de kilomètres carrés.

Photo 3 : Épidémie de méningite au Brésil, 1975



©Visao, Documents personnels de Lapeyssonnie, Archives IMTSSA, Boite 551, Marseille

A la même époque, les chercheurs de l'Université de Rockfeller qui viennent de mettre au

point le vaccin C ont accepté que Merck produise le vaccin[1] mais ne semblent pas envisager une production dans l'urgence d'un vaccin à deux sérogroupes. Les chercheurs américains réclament une réunion d'experts pour le début de l'année prochaine mais le Dr Mérieux s'empresse et compte sur une réactivité rapide et une réunion en novembre. La méningite fait des ravages, on compte 4000 morts en quelques semaines c'est l'homme même qui se le remémore dans la préface à l'ouvrage sur la vaccination dirigée par A-M Moulin[2]. Il sollicite Lapeyssonnie en poste à l'OMS Alexandrie pour que ce dernier lui confirme le pouvoir immunogène du vaccin combiné A+C:

> « Mais cette improvisation industrielle demande une confirmation médicale de votre part, d'où ma demande d'un certain nombre de vaccinations expérimentales en Egypte ou au Soudan…Selon l'OMS de Genève, les "américains" auraient demandé une réunion d'experts au début de l'année prochaine, mais je pense qu'il faut mieux la faire le 20 novembre à Bamako car au Brésil on n'attend pas[3] ! »

La réunion de Bamako portant sur la standardisation des nouveaux vaccins va se tenir à la date demandée par le Dr Charles Mérieux suivie d'une autre en janvier à Lyon avec la présence de l'équipe de Gotschlich et de hautes personnalités médicales du Brésil. La rencontre permettra à Lapeyssonnie de valider en la présence des américains, le caractère immunogène des vaccins A et C ce qui va apporter des éléments de réponse à l'industriel. La légitimité de ces affirmations n'est pas remise en doute, les deux vaccins ont été testés (séparément) dans des pays familiers au médecin militaire, avec de proches collaborateurs au centre Muraz au Burkina Faso, en Egypte où il a sa base mais également au Soudan qu'il connaît désormais bien. Enfin, la combinaison de deux antigènes n'apparaissait pas comme une révolution médicale, elle avait déjà eu lieu pour d'autres pathologies comme le confirme le ministre de la santé du Brésil à l'époque, justifiant l'innovation dans l'urgence et donnant du crédit à Charles Mérieux :

---

1 GALAMBOS & SEWELL, 1995 : 154. Le bivalent fera l'objet d'essai clinique chez des enfants et des militaires en Finlande qu'en 1976 avec un investigateur de Merck & Co : Maurice R Hilleman.

2 MOULIN A M, 1996, page 8

3 Lettre de Charles Mérieux à Léon Lapeyssonnie, Lyon 2 septembre 1974, Archives IMTSSA Boite 545

> « Les deux antigènes étaient des polysaccharides, il ne pouvait se produire d'incompatibilité chimique ; et l'expérience avait été faite d'appliquer des antigènes associés pour la prévention de différentes infections, il était donc raisonnable de prévoir la possibilité d'associer les deux polysaccharides et de produire le vaccin bivalent[1]. »

L'épidémie brésilienne aura permis l'accélération d'un processus industriel et consacré une innovation technologique : l'usage simultané d'un vaccin ciblant deux sérogroupes à la veille d'un changement épidémiologique visible premièrement dans les Amériques.

> « Nous allions prendre en cent jours le relais industriel de dix ans de recherches pour vacciner cent millions de Brésiliens-cette expérience unique en médecine préventive, se terminant par la vaccination en cinq jours des douze millions d'habitants de Sao Paulo[2]. »

Au milieu des années 1970, le sérogroupe C de la méningite s'impose comme la principale cause des épidémies au Niger, créant une co-existence de sérogroupes et une épidémie en forme d'"hydre à deux têtes" dans plusieurs pays africains[3].

Le changement épidémiologique rapide de la méningite au Niger avec la découverte du potentiel épidémiogène de cette forme bactérienne par un médecin militaire à Niamey[4] va rendre plus complexe la maîtrise du phénomène et souligner l'importance de sa gestion transnationale. L'outil qui est élaboré dans une circonstance d'épidémie majeure nécessite de ce fait une définition claire d'un dispositif permettant son usage dans les pays africains. L'épidémie brésilienne a été une opportunité considérable permettant de faire l'économie d'une étude clinique au moment où les règles internationales en matière d'essai vaccinal sont insuffisamment codifiées. L'épisode brésilienne a créé l'occasion d'une innovation technique efficace ayant permis de « briser » l'évolution de la courbe de l'épidémie.

---

1 MACHIADO M, l'épidémie de méningite cérébro-spinale au Brésil, allocution lors d'une conférence OMS 27 octobre 1975 publié dans Médecine et Hygiène , n° 1188, pages 484-485, archives IMTSSA Marseille, Boîte 551

2 Idem, page 8

3 Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque, Guide pratique OMS, 1998, page 8

4 Ce médecin fut le premier directeur du Centre de Recherche sur les méningites du Niger qui allait voir le jour bientôt

2.11 Briser l'épidémie ou « suspendre la mort »

A la suite de l'épisode brésilienne, des choix doivent être accomplis, afin de déterminer les actions prioritaires devant être conduites pour la santé publique des pays qui se sont prêtés aux études vaccinales. La question de la stratégie à adopter avait déjà été envisagée au lendemain des études vaccinales dans plusieurs pays d'Afrique. Plusieurs propositions ont été émises : vacciner les enfants à l'âge scolaire, vacciner massivement une tranche d'âge définie de la population lorsqu'il y a risque d'épidémie, utiliser le vaccin en prophylaxie de routine ou encore vacciner lorsqu'une épidémie « sérieuse » a été notifiée. Le séminaire international sur les vaccinations en Afrique organisé par l'Institut Pasteur et la fondation Mérieux tenu au mois de novembre 1974 à Bamako, va décider de la stratégie à adopter[1]. Plusieurs spécialistes de la méningite sont présents dont le responsable des maladies bactériennes de l'OMS, Léon Lapeyssonnie, un responsable des laboratoires Mérieux, le directeur de l'unité de bactériologie du centre Muraz et ancien étudiant de Lapeyssonnie, le ministre de la santé du Mali secrétaire général de l'OCCGE et des médecins de la même institution, des médecins militaires en poste à l'OMS et dans d'autres organisations. La première question à laquelle les participants vont se pencher concerne l'utilité de vacciner au vu du bénéfice/risque. Les années 1970 marquent la montée en importance du paradigme vaccinal dans les pays du sud notamment en Afrique où l'OMS planifie la naissance du Programme Elargi de vaccination (PEV). Dans les pays développés, le triomphe des maladies infectieuses a été déclaré à la même époque grâce au succès obtenu par l'éradication de la variole dans les pays à faible revenu autorisant les plus grands espoirs sur la vaccination. Le bénéfice de la vaccination sera de ce fait une leçon de philosophie rapidement validée par les participants. Trois contraintes majeures vont être ensuite dégagées: le prix élevé de la vaccination, l'épidémiologie complexe de la méningite, les nombreuses incertitudes liées à la survenue de l'épidémie[2] et l'importance démographique des populations de la « ceinture de la méningite » (la taille et la dispersion de populations durant une épidémie signalée dans plusieurs zones). Les débats vont durer deux jours et se structurer sur le moment opportun pour vacciner, question que Lapeyssonnie juge

[1] OMS, Réunion de standardisation des vaccins méningitiques, 1975, archives IMTSSA
[2] il est rappelé par exemple que « le trait le plus marquant de la méningite est en effet de défier toute prévision»

délicate et difficile. Une expression forte va émerger de ce débat : « suspendre la mort ». Elle est du médecin militaire qui expose les bénéfices et le réalisme de vacciner une fois que l'épidémie a été confirmée. Elle permet de ne pas vacciner sous de fausses présomptions. « Suspendre la mort » revient à accepter le principe du sacrifice d'individus pour sauver ce qui constitue la cible de la politique vaccinale : les populations. Cette expression va se dissiper par la suite sous une appellation plus professionnelle : « la prophylaxie de la létalité ». Cela cristallise le consensus dans son "cynisme réaliste", l'objectif étant d'éviter des investissements coûteux et à perte que fait peser sur les politiques, une épidémie non confirmée.

L'argument économique va être central pour une intervention en temps d'épidémie en l'absence de critères définis pour empêcher que l'épidémie ne se propage. Il traduit la posture pragmatique des dirigeants des pays africains et des médecins militaires qui rappellent que les moyens économiques limités des pays sahéliens ne permettent pas de répliquer la stratégie brésilienne de vaccination de masse. Celle-ci est coûteuse en matériels et hommes mais aussi en énergie. L'incertitude liée à la durée de protection du vaccin chez une personne est avancée comme devant conduire à privilégier une approche « réaliste ». Pour les décideurs l'expérience brésilienne est un cas de figure d'apprentissage et de point de départ de la politique, mais elle ne peut être reproduite en Afrique. Se basant sur l'évaluation graphique de la transformation d'une simple endémie en épidémie et du moment de la décision qui a permis de "briser" l'épidémie brésilienne, ils décident que désormais on attendra l'acmé de l'épidémie pour réagir. Cet indice est donc discrédité en tant que moment opportun de la vaccination. Pour rendre ce dispositif opérationnel, il est important que les pays basculent dans une temporalité de l'urgence.

2.12 Conclusion de chapitre

La grille de lecture proposée par le retour sur le travail politique de construction de la méningite comme problème de santé publique montre contre l'évidence commune, que la stratégie de santé publique autour des épidémies de méningite résulte d'un travail politique et

scientifique datant du début des années 60. Il s'est fait au prix de la mobilisation d'experts pour la plupart médecins militaires qu'ils soient français ou américains, d'alliances intercontinentales et d'initiatives privées. Pour qu'un problème de santé publique naisse, il faut passer par sa définition et sa médiatisation. La première a été confiée à Léon Lapeyssonnie qui connaît bien l'Afrique sahélienne. Il a le soin de faire une expertise sur les épidémies de méningite qui sévissent dans le continent. L'étude de Lapeyssonnie associe trois éléments de définition du problème de santé : le discursif, le social ou plutôt l'écologie sociale et le politique. L'OMS, quant à elle, va endosser la part de la médiatisation du problème.

Dire que les épidémies de méningite sont le produit d'une construction sociale revient donc à affirmer qu'il y a eu un travail de définition, de médiatisation et de mobilisation mené de part et d'autre par des médecins militaires, une institution internationale, des responsables de santé publique pour la plupart français représentant des intérêts africains et les industriels pharmaceutiques. Mais avant tout, il y a eu cette période de grande rupture entre le contrôle des épidémies inquiétantes annihilant les efforts de la médecine coloniale et la période de réflexion et d'assemblage de données, d'indices, d'essais ratés pour définir le problème. De ce fait, l'épidémie de méningite dans la période coloniale se révèle différente, il ne s'agit plus manifestement d'interventions autoritaires mais désormais de la double nécessité d'une surveillance épidémiologique et bactériologique. C'est là que naît la politique de santé, parce qu'il s'agit désormais non pas de guérir la maladie là où elle se manifeste mais de la prévenir par la vaccination, de déterminer l'incidence dans la population, de fracturer la période d'épidémie et d'endémie et de mêler à la pratique médicale à une gestion économique et politique[1]. Ces stratégies vont être sérieusement considérées comme pouvant définir le moment où sous son caractère endémique, la méningite se fait épidémie. La construction de la méningite comme problème de santé publique ne se fera donc pas que sous l'angle conceptuel, il s'agit au-delà d'un nouveau regard, de l'apparition de nouvelles méthodes d'investigation, d'un nouvel outil de mesures et de la montée en importance des experts.

La décennie 80 qui suit va mettre au premier plan l'épidémiologie et la bactériologie conçues

[1] Voir à ce titre FOUCAULT M, 1979, page 7 -8

comme étant les principales disciplines permettant de satisfaire le projet de santé publique pour abonder dans le sens de l'importance donnée aux deux sciences par le médecin militaire dans la conclusion de son travail. La surveillance bactériologique va donner lieu à la consécration la construction d'un laboratoire de recherche sur les méningocoques à Niamey.

PARTIE II: DES SENTINELLES SANITAIRES À LA PORTE DU SAHEL. ESPACES ET JEUX D'ACTEURS

La seconde partie de cette thèse s'intéresse à ceux que j'appelle les sentinelles sanitaires de la méningite. Deux institutions dont l'une est chargée de la recherche scientifique sur les méningites et l'autre est destinée à objectiver les données de la surveillance épidémiologique, à sonner l'alerte et à organiser la riposte contre les épidémie au Niger Celui auquel je donnerai le nom d'Institut de recherche scientifiques sur les maladies infectieuses et l'acronyme IRSMI est posté à l'avant-garde de la surveillance et du contrôle des épidémies au Niger. Il faisait déjà parti d'une solution pour améliorer les connaissances de santé publique dans les années 70 après l'expertise de l'OMS. La seconde institution nommée Conseil National de Gestion épidémique (CNGE) a émergé après une épreuve particulièrement re-configuratrice de l'espace de santé publique nigérienne au milieu des années 90. L'IRSMI a eu l'ambition de se poster à l'Ouest du Sahel pour détecter les bactéries en circulation et sonner l'alerte au niveau des pays de l'Afrique de l'Ouest regroupés au sein de l'OCCGE. Bien que son expertise soit sollicitée au niveau des autres pays de la sous région aujourd'hui elle est nationalisée. Je propose dans le chapitre trois, de revenir sur une ethnographie impossible, entreprise au début de la thèse chez ces sentinelles sanitaires. Elle a l'intérêt de proposer une analyse anthropologique sur les enjeux de la recherche dans une institution dirigée par des français dans la période postcoloniale.

Le chapitre quatre est une plongée en période d'épidémie dans l'organisation de la santé publique au Niger au sein du CNGE qui réunit administrateurs, scientifiques et politiques pour tirer la sonnette d'alarme qui sont convoqués pour décider des vies à sauver. Cette partie propose de donner une image aussi précise que possible des bricolages qui sont légion quand rien ne va plus et que l'urgence rime avec improvisation.

Chapitre 3. Institution 1. Parler d'un terrain qui n'eut pas lieu et d'autres choses…Anthropologie des dispositifs de résistance dans un laboratoire de recherche

Il est nécessaire de poser le contexte du centre de recherche dans lequel j'ai commencé un premier terrain avant d'exposer les contraintes à l'ethnographie et l'analyse sur quelques enjeux de la recherche en situation postcoloniale.

3.1 La petite histoire des représentations et des discours sur la recherche en coopération

Constatant combien la science restait désarmée face aux méningocoques tant il préexistait plusieurs zones obscures, Léon Lapeyssonnie préconisait après son expertise, de mettre en place deux laboratoires sous régionaux en charge de la recherche sur ces bactéries. L'un serait basé à Bobo Dioulasso et l'autre à Kano dans le nord du Nigeria ou à Khartoum pour mettre ainsi des sentinelles aux frontières Ouest et Est de la « ceinture de la méningite », susceptibles de donner l'alerte, mais également d'améliorer les connaissances en santé publique. Bobo-Dioulasso avait les conditions idéales sur un aspect peu important: le centre Muraz y est installé et dépend du service commun de lutte contre les grandes endémies de huit pays de l'Afrique de l'Ouest : l'OCCGE mise en place en avril 1960. Pourtant Lapeyssonnie y voit un inconvénient d'ordre pratique au regard de la délimitation de l'espace écologique des épidémies de méningite (Bobo ne faisait pas parti de la ceinture à l'époque). Il ressort de son rapport que :

> « Le reproche que l'on puisse faire à cette implantation est que Bobo-Dioulasso est périphérique par rapport aux grands foyers de M.C.S de la Haute-Volta, du Niger, du Tchad, du Nigeria et du Ghana…Le gouvernement de la république du Niger est par ailleurs disposé une somme de 15 à 20 millions de francs CFA dans la construction et la climatisation d'un

laboratoire de recherche sur le méningocoque et les méningococcies à Niamey et une lettre en ce sens a été adressée au bureau régional de l'OMS à Brazzaville[1]. »

Bien que le projet du médecin militaire et du président de la république du Niger, Diori Hamani, qui appuie ce vœu sera contrarié pendant de longues années, l'IRSMI finira par ouvrir ses portes en périphérie de Niamey en 1979 sur 10 hectares de terrain accordés par le successeur de Diori Hamani, Seyni Kountché arrivé au pouvoir cinq ans plutôt. L'Institut a bénéficié de la délocalisation de deux unités : bactériologie et parasitologie, transférées du centre Muraz de Bobo Dioulasso en périphérie de Niamey. Le nouvel institut comprend deux bâtiments dont le premier mesurant 28m/8 constitue l'aile de la science et de l'administration avec trois laboratoires, deux bureaux, un secrétariat, une salle de prélèvement servant également de bureau, une salle de microscopie, une salle de stérilisation et des sanitaires. Le second bâtiment plus petit, fait fonction de garage et de magasin[2].

La question était alors de procéder à une décentralisation de certains organismes de recherche au sein de l'OCCGE. Si plusieurs pays comme Dakar et Bamako avaient leurs propres instituts de recherche spécialisés dans une discipline ou une pathologie, il en n'allait pas de même pour le Niger. Par ailleurs, la question de décentralisation se posait de plus en plus avec acuité dans la fin des années 1970 à l'heure où la France qui contribuait pour une grande part au budget de l'OCCGE souhaitait vivement se débarrasser de ce qui relevait d'un fardeau économique et d'une déresponsabilisation économique des pays africains. Leur contribution financière est jugée peu conséquente pour l'effort de santé publique. Ces pays eux-mêmes demandèrent à la conférence ministérielle de Bobo en 1978 que cette procédure s'accéléra dans le but d'africaniser les postes[3]. Soulignons que les plus hauts postes de chercheur et le conseil d'administration étaient en majorité dirigés par des français, médecins coloniaux devenus assistants techniques détachés par le ministère de la coopération française

---

[1] Léon Lapeyssonnie, 1962, Enquête épidémiologique sur la méningite cérébro-spinale dans cinq Etats en Afrique, page 235

[2] Archives de l'OOAS Bobo Dioulasso, rapport annuel, XXI ème conférence technique Bamako du 13 au 17 avril 1981, N°7.712/81/DOC.TECH.OCCGE

[3] Bien qu'autobiographique et hagiographique, cf. à ce propos l'ouvrage de Jeau-Paul Moreau, 2006, page 116

et mis à la disposition de l'OCCGE au lendemain des décolonisations. L'installation de deux unités de recherche au Niger était en dehors d'un projet réaliste, le moyen de faire prendre conscience aux États par la territorialisation et donc la proximité, les enjeux de la recherche.

A l'ouverture de l'institut, 4 coopérants scientifiques sont affectés au centre, la compétence nigérienne fait défaut. Parmi les 19 nationaux recrutés, le personnel le plus gradé est les aides soignants formés sur le tas. Nombre de ceux qui sont embauchés n'ont pas le brevet. La faculté de médecine de Niamey vient à peine d'ouvrir ses portes pour former les premiers docteurs du pays, différents des médecins africains de William Ponty. Pourtant les premiers thésards formés par l'IRSMI, conformément à la mission que lui a donné l'OCCGE ne seront pas retenus, on leur offre une sortie honorable vers l'enseignement, d'autres privilégient les organisations internationales.

Concernant son statut, l'IRSMI est dirigé jusqu'en 1999 par les coopérants de l'ORSTOM, institution liée à l'OCCGE par un accord cadre. Durant plusieurs années, son rayon d'expertise a été essentiellement les schistosomiases connus sous le nom de bilharzioses et les méningites avec un investissement scientifique et financier inégal pour l'une et l'autre pathologie. Les bilharzioses ont constitué le gros des recherches et des investissements jusqu'à la fin des années 90 du fait d'une politique scientifique orstomienne favorable à la recherche sur cette endémie africaine et de l'influence d'un malacologiste orstomien resté au centre pendant 14 ans, tour à tour chef d'unité et directeur de l'institut.
Bénéficiant d'un vaccin relativement efficace mais aussi d'un contexte international peu favorable à la recherche, les méningites bactériennes vont demeurer longtemps un parent pauvre de la recherche. L'unité des méningites est dirigée par Sidath Siddo, un nigérien à l'ascension empêchée et dont la crédibilité scientifique est remise en question à tour de rôle par les responsables français qui se succèdent. Le nigérien en question est d'origine zarma, il est fils de marabout et d'une mère au foyer, il bénéficie à la fin des années 60 d'une bourse pour faire des études supérieures en France, à Amiens où il dit avoir obtenu un diplôme de biochimie, parasitologie, de bactériologie et d'hématologie. Il fait ensuite en 1978 une

formation d'immunologie à Pasteur Lille où il dit avoir rencontré un partenaire de taille de l'IRSMI, un pastorien spécialiste des bilharzioses et bien connu dans le milieu[1]. Lorsqu'il rentre au pays après vingt années d'absence, Sidath Siddo est affecté au laboratoire de l'hôpital de Niamey dirigé à l'époque par les médecins militaires avant d'être mis à la disposition par l'OCCGE à l'IRSMI , où il sera en charge de l'unité des méningites. La cohabitation avec le directeur de l'institut, un bactériologiste de formation, ancien médecin militaire et chercheur à l'ORSTOM se passe plutôt mal. La petite histoire de Sidath Siddo a parfois de troublantes similitudes avec l'affaire Etoundi relatée par Guillaume Lachenal dans le chapitre consacré à la « camerounisation » de l'institut Pasteur de Yaoundé[2]. Voilà comment Sidath Siddo est décrit par le premier directeur de l'institut:

> « Ensuite il y a eu Sidath Siddo, alors lui il était très mauvais, il avait des diplômes bidon, il trichait dans ses résultats et ça c'est très catastrophique […] en plus il buvait et fumait. Vous l'avez vu ? Il doit avoir une mauvaise santé mais lui il était un très mauvais chercheur[3]. »

Chez ce dernier, la crédibilité scientifique de Sidath Siddo est fortement remise en question quand elle n'est pas jaugée à l'échelle de ses mœurs. Mais ce manque de crédibilité va plus loin, sa capacité de chercheur lui est déniée. Le personnage de Sidath Siddo est complexe à cerner, les témoignages recueillis sur lui sont pleines de contradictions et parfois violents à l'image d'un membre du conseil scientifique de l'IRSMI, haut fonctionnaire au ministère de la santé qui me coupe la parole alors que j'aimerai revenir sur le passage de Sidath Siddo et sur l'africanisation ratée de l'institut :

> « Non mais il faut mettre les choses dans leur contexte, Sidath Siddo est quelqu'un qui a fait une licence de biologie à Lille quand il est arrivé, il a été recruté à l'OCCGE du fait du manque de cadre parallèlement il donnait des cours d'immunologie à la faculté de médecine mais entre temps quand on a eu un biologiste (14 ans plus tard) qui a été correctement formé normalement formé, sinon Sidath Siddo est quelqu'un qui a fait une licence de biologie à Lille

[1] Je n'ai pas pu vérifier cette affirmation.

[2] GUILLAUME LACHENAL, Op.cit, pages 569-629

[3] Un ancien directeur de l'IRSMI, sud de la France, janvier 2012

> et qui a été affecté mais il n'est pas Docteur mais en Afrique est Docteur tout ce qui porte une blouse blanche et surtout si on est dans une institution de recherche, voilà le cas Sidath Siddo[1]. »

Si pour mon interlocuteur, « correctement formé » revient à avoir une thèse, le cas de Sidath Siddo n'est par conséquent qu'un vaste malentendu et d'une pénurie de cadres au Niger dans les années 80. Une erreur qui a été corrigée une dizaine d'années plus tard et l'histoire s'est arrêtée là. Le témoignage du personnel qui l'a connu tout en restant prudent est tout aussi ambigu. Il n'est de secret pour personne que Sidath Siddo « ce n'est pas quelqu'un qui travaillait au labo, il vient, il surveille »[2] et reste tenu à « un service minimum[3] » en conflit avec les blancs. « Il disait qu'il valait mieux que les expats[4] ». Les publications scientifiques se feront par conséquent sans lui, or elles demeurent dans ce milieu un gage d'autorité et de crédibilité, « son problème c'est qu'il ne publiait pas de résultats[5] ».

En 1982, la succession du premier directeur de l'institut se pose à la réunion interministérielle de Lomé, le nom de Sidath Siddo circule sur les lèvres mais le comité estime que le profil du poste doit revenir à un docteur en biologie. Le mauritanien Mohamed Ould Saleh souligne que c'est au conseil d'administration de statuer sur le profil du candidat de l'IRSMI[6]. L'OCCGE est dans l'embarras et pendant un an l'IRSMI se contente d'un directeur intérimaire : Sidath Siddo.

> « C'était un peu dur les salaires n'étaient pas réguliers … Moi j'ai pensé que c'est parce que c'est un noir qui dirigeait l'unité de méningite qu'on ne nous donnait pas de l'argent[7].»

---

[1] Le directeur général de la santé publique Niamey le 19 juin 2009

[2] Un technicien de l'unité méningite à l'époque, Niamey le 08 mai 2009

[3] Un chercheur spécialisé dans les bilharzioses, Niamey 18 juin 2009

4 Un ancien chercheur de l'IRSMI , Niamey le 19 mars 2011

5 Ibid.

6 Document IRSMI, Rapport final, 29ème conférence interministérielle de l'OCCGE, Lomé, 1982, page 8

7 Un technicien de laboratoire, Niamey le 25 mai 2009

Ce type de discours imputant à l'appartenance raciale l'économie du manque sera au fondement de la force de consensus sur une africanisation peu souhaitable de l'institut. Qu'importe que Sidath Siddo soit décrit comme un personnage « au mauvais caractère »[1], ce n'est pas seulement lui mais au scientifique nigérien qu'il ne faut pas confier les rennes de l'IRSMI :

> « S'il s'agit d'un nigérien est ce qu'on aura facilement les fonds pour mener la recherche[2] ? »

> « Personnellement, honnêtement j'ai pensé que si on met un nigérien l'IRSMI va disparaître parce que le nigérien tant qu'on ne lui donne pas les moyens de fonctionner ne peut pas faire la politique que l'IRMI nécessite (sic) [3] »

Le discours du personnel est basé sur un cautionnement économique du directeur qui fait défaut au chercheur nigérien. Le soupçon du tarissement de la rente financière destinée à la recherche dès la nomination d'un chercheur national reste une conviction. Elle est partagée par les coopérants français lorsque Sidath Siddo dépose sa candidature à l'OCCGE pour diriger l'IRSMI:

> « Pour être directeur, il faut être accepté par le secrétaire général (de l'OCCGE) mais aussi par une certaine façon les bailleurs de fonds donc la coopération française s'est fermement opposée et d'ailleurs d'une certaine façon ils m'ont soutenu dans mon opposition à Siddo[4] »

Les directives peuvent venir d'en haut et la résistance à l'africanisation s'ancrer dans le milieu institutionnel pour devenir un enjeu politique. Alors que l'institut s'est construit avec pour finalité de promouvoir la recherche au sud par les chercheurs nationaux, les chercheurs français qui l'ont dirigé ont travaillé sans complexe contre un vœu pieu dont ils estiment que les dirigeants nigériens étaient les premiers à contrecarrer :

---

1 Un ancien chercheur de l'IRSMI , Niamey le 19 mars 2011

2 Un chercheur, vétérinaire de formation spécialisé dans les bilharzioses, Niamey 18 juin 2009

3 Un biologiste de l'IRSMI , le 22 août 2011

4 Un ancien directeur de l'IRSMI dans un pays frontalier du Niger, décembre 2010

« Je ne suis pas sure que les nigériens et en particulier le ministre de la santé, aient cherché réellement à mettre un nigérien. Pourquoi ? Parce que peut être avec une certaine justesse en tout cas c'est l'impression que j'avais, il pensait qu'un directeur étranger en particulier français lui permettait plus facilement d'avoir accès à certains guichets… quand on a discuté le problème du directeur c'était très clair lui même a mis des conditions qui n'empêchaient pas un nigérien de prendre la direction bien sur mais rendait très difficile cette éventualité[1]. »

Ces propos sont à considérer avec prudence puisque le ministre de l'époque ne s'est pas investi personnellement dans la rédaction du statut du centre mais son secrétaire général comme l'indique cet échange confus entre l'interlocuteur et l'anthropologue :

« **Moi** : Qui était ce ministre à cette époque?
Ancien directeur : Ah je ne me souviens plus! C'était en 1999. J'ai complètement oublié son nom le pauvre il ne serait pas content s'il le savait. Parce que lui, quand je dis lui, c'était son directeur de cabinet, c'était le secrétaire général, lui il se contentait de donner ses directives après moi j'ai travaillé surtout avec le directeur de santé publique qui était en charge de l'IRSMI à l'époque[2] (silence), le secrétaire général…je[3]. »

Ces propos sur le ministre ont été donc construits à postériori, de ce fait, le témoignage de cet ancien directeur mérite qu'on y prenne garde ainsi que le contexte de production du discours. Le directeur qui apporte ce témoignage totalise quatre heures d'entretiens. Sans vouloir m'appesantir sur les détails pour continuer à garantir l'anonymat de mon informateur, je soulignerai que celui-ci en fin de carrière entame une expatriation dans un pays frontalier du Niger où il occupe un poste de chercheur. Au moment des entretiens son intention de briguer la représenation de l'IRD est connue par son entourage scientifique. A plusieurs reprises il aura affiché sa propre implication sur la construction de l'IRSMI alliant lobbying

[1] Idem
[2] Idem
[3] Idem

auprés des décideurs, fermeté envers les nationaux, rejet de la langue bois et liberté de décision aussi bien dans les questions de recherche que d'administration de l'institut. Ce discours analysé dans son intégrale pourrait être interprété comme la volonté d'une fabrique de l'image d'un chercheur aux grandes ambitions qui doit entretenir l'image de « l'homme qui ne se laisse pas démonter », prêt des oreilles des politiques et influent par la même occasion. Plusieurs indices ont aidé cette interprétation : l'auto glorification, la personnification de l'institut, les énoncés d'autorité et les trous de mémoire soudains lorsque l'anthropologue veut pousser loin dans les questions relatives à la nationalisation de l'IRSMI dont le mérite reviendrait uniquement à l'"informateur alors que des tensions au sein de l'institut et des controverses notamment éthiques autour de la conduite de la recherche clinique ont été particuliérement fortes sous sa direction. Il est donc important de cadrer le contexte des énoncés dans l'entretien et de situer qui parle et pour quelle raison ce sont tels énoncés qui sont avancés plutôt que d'autres et est ce que ceux-ci cadrent avec son vécu et la réalité du terrain. Le discours sur l'africanisation des postes, des rapports entre chercheurs noirs et blancs revêtent des enjeux de savoir et de pouvoir qui ont encore cours au sein de l'institut.

Le discours décomplexé sur une africanisation peu faisable de l'IRSMI tient sa justification de l'adhésion totale qu'elle prétend avoir des deux côtés : français et nigériens. Or on peut se demander si tel est vraiment le cas. L'un des chercheurs les plus prometteurs de l'IRSMI qui a préféré diriger un programme national sur les bilharzioses en quittant l'institut donne une version moins radicale :

> « Il est évident que rien a changé et que l'africanisation ne s'est pas faite, trente ans après les français sont là parce qu'ils ne veulent pas partir et qu'ils ne veulent pas laisser l'IRSMI. C'est un milieu où ils peuvent faire carrière… Il y a bien des nigériens qui auraient pu diriger ainsi qu'un professeur, le Docteur S qui s'est positionné pour être le directeur de l'IRSMI mais ils ont refusé ![1] »

L'IRSMI est surtout un tremplain pour faire carrière au regard de ce national qui depuis quelques années débauche patiemment les chercheurs de l'IRSMI pour servir son

[1] Ancien chercheur de l'IRSMI , épidémiologiste, responsable programme bilharzioses au Niger, 19 mars 2011

programmes et les réticents ne sont pas nombreux. Ce n'est un secret pour personne qu'à l'institut « l'atmosphère est invivable », les nigériens n'ont pas d'évolution dans leur carrière et la distance culturelle ne se rétrécit pas.

En 1985, un médecin militaire détaché par le ministère de la coopération est à nouveau nommé à l'institut, Sidath Siddo rejoint l'unité de méningite où il reprend son poste. L'organigramme du centre se resserre autour des français qui sont aux commandes des unités, puisque le malacologiste dirige toujours l'unité des bilharzioses et dans le laboratoire des méningites, le nouveau directeur, médecin militaire et bactériologiste de formation compte bien régner. Il y débute des travaux sur les anticorps méningocoques qui à son départ en 1991 sera repris par Sidath Siddo. Le projet consiste à inoculer un antigène à un cobaye animal et à recueillir in vivo des anticorps antiméningoccociques. Le but de l'expérience étant de fournir un outil de diagnostic de méningite. Sidath Siddo donne à sa démarche une fonction politique :

> « Ils (Pharo Marseille[1]) ont des anticorps et nous on en disposait, pas, ils ne nous ont pas permis d'en disposer, ils savent que si on avait le transfert de technologie on peut vendre ![2] »

Dans les années 90 l'homme n'est plus tout jeune, il a atteint la cinquantaine passée et certains de ses collègues interprètent sa démarche scientifique comme un moyen de se maintenir au centre. Le malacologiste, troisième directeur du centre ainsi que le personnel semblent dubitatifs, le projet reçoit néanmoins un financement jugé « injuste[3] » il est un moyen de calmer les esprits, car au laboratoire de méningite deux techniciens de l'unité demandent leur transfert dans une autre unité pour « incompatibilité avec le caractère » de Sidath Siddo : transfert accordé[4]. Par la même occasion, la voiture de service du directeur est

---

[1] Le Pharo Marseille a un laboratoire qui est centre collaborateur de l'OMS sur les méningocoques, il appuie l'institut sur le diagnostic simple et moléculaire des méningocoques presque depuis l'ouverture du centre.

[2] Sidath Siddo, 4 juin 2009

[3] Un directeur de l'IRSMI chercheur à l'IRD, décembre 2010

[4] Le conflit était basé sur une augmentation de salaire

attribuée à Sidath Siddo ainsi qu'une augmentation de salaire jugée « substantielle » pour « avoir la paix[1] » mais également calmer l'appétit de direction. Néanmoins le projet tient à cœur Sidath Siddo puisqu'il m'apprend qu'à l'époque il a écrit au secrétaire général de l'OCCGE pour lui en parler et que celui-ci lui aurait répondu que « c'était inopportun ». Quatre ans plus tard, un nouveau directeur (le dernier de l'ORSTOM) estime à son arrivée qu'il est temps de mettre des freins aux ambitions du « vieux » tant sur le plan scientifique que sur les signes extérieurs de prestige :

> « J'ai commencé par supprimer la voiture de fonction et ensuite je ne pouvais pas supprimer son salaire parce que c'était contractuel, mais je n'ai pas renouvelé son contrat. Je l'ai invité parce que soi disant il développait les anticorps de méningite sur les chèvres , il faisait une espèce d'essai sur la chèvre mais bon d'accord son protocole n'était pas valide donc ça ne servait à rien, donc, je lui ai coupé les vivres et lui ai dit que je ne voulais plus que ses activités se poursuivent à l'IRSMI mais que par contre s'il voulait continuer son activité dans une entreprise privée, moi j'étais prêt en fonction des résultats à l'aider pensant que probablement, il n'y aurait pas de résultat.[2] »

Peu de temps après, Sidath Siddo faute d'appui et lassé des intrigues qui auront duré plus d'une décennie, accepte la retraite qu'on lui propose pour se retirer dans son domicile à Niamey. Il est âgé alors de cinquante six ans.

La petite histoire de Sidath Siddo constituée à partir de témoignages oraux — je me suis efforcée d'être fidèle à la description qu'en a donné le personnel ancien et actuel de l'IRSMI ainsi qu'à l'entretien accordé par le principal intéressé— montre que les mécanismes de gestion du pouvoir à l'IRSMI se sont construits contre l'africanisation ou à plus proprement dire la nationalisation de l'institut. Cette gestion du pouvoir s'est allié les nigériens eux-mêmes qui font écho aux discours qui infantilisent, décrédibilisent et soupçonnent des savoirs scientifiques détenus par des chercheurs nigériens et leur accolent des portraits à charge comme celui que j'ai dressé de Sidath Siddo. Cependant l'on peut se demander— pour ne pas donner foi d'office à ce que celui-ci dit de ses relations et de sa biographie— si

[1] Un directeur de l'IRSMI chercheur à l'IRD, décembre 2010

[2] Idem

toutes les pratiques des chercheurs sont honnêtes et quelle place accorder dans l'analyse à la question des « faux » et de l'usurpation, accusation qui est revenue plusieurs fois lors des témoignages des uns et des autres et qui concernait la biographie de certains chercheurs africains dont Sidath Siddo L'anthropologue n'est pas quelqu'un d'Interpol, il ne statue pas sur la morale des individus. Or, la pratique ethnographique a été longtemps d'accorder du crédit à nos interlocuteurs, seule la triangulation permettant d'obtenir dans la rigueur non pas le vrai mais le vraisemblable à partir de l'interprétation des faits. L'usurpation et le mensonge au lieu d'être des sujets de gêne, de tension ou une question censurée dans les données que l'on livre pourraient être analysés comme n'importe quelle pratique sociale.

Deux choses méritent d'être soulignées sur le contexte institutionnel actuel de l'institut. Lorsque l'OCCGE disparaît pour devenir l'Organisation Ouest Africaine de la Santé au cours d'une vaste restructuration, l'ORSTOM va retirer ses coopérants. l'IRSMI verra à la rescousse après une période de flottement, une institution de renommée internationale dont l'un des filiales est basée à Paris reprendre les reines du pouvoir. Entre 2002 et 2005, l'IRSMI entre dans le régime d'Etablissement Public à caractère Scientifique culturel et Technique (EPST) en voie d'acquérir le label d'institut appartenant au réseau de la fililale parisienne. La première directrice de cette période une bactériologiste est définie comme un *waliya*, une sage, qui en attirant les investissements à la recherche, en insufflant du dynamisme dans les équipes et en menant une politique de communication ouverte pour faire connaître l'IRSMI contribuera à faire ramener l'ordre et l'espoir et surtout a permis par sa volonté d'obtenir la labellisation. L'ère parisienne du centre va également renforcer l'hégémonie française au sein de la politique institutionnelle, de Paris, il a été introduit dans le décret n°2007-533 PRN MSP du 13 décembre 2007 que le « l'IRSMI est dirigé par un Directeur Général nommé par Décret pris par le conseil des ministres, sur proposition du ministre chargé de la santé, après consultation de la filiale parisienne ».

Autre moment clé, en 2006, l'IRSMI rend justice à son instigateur, lorsqu'à la faveur d'une recherche biographique pour trouver un nom au nouveau bâtiment qui accueillerait la

recherche sur les méningites, le nom de Lapeyssonnie a été brandi ainsi qu'une photo, puis de fil en aiguille son histoire déroulée sous l'oreille ahurie des chercheurs et techniciens de l'IRSMI qui l'attachaient « vaguement à la ceinture sans savoir qu'il avait été en chair et en os au Niger » et avait même porté le dessin d'un centre de recherche sur les méningocoques à Niamey! Et solennellement après les premières tractations avec les gens du ministère de la santé qui acquiescent, l'ambassadeur de France présent, l'ancien directeur et le directeur de de la filiale de Paris lui-même, le ministre de la santé du Niger, une plaque est dévoilée devant un grand bâtiment neuf couleur jaune sable: Bâtiment Léon Lapeyssonnie. En 2008, après 6 années, la première directrice laisse place à un autre collègue et à une autre équipe de recherche, quelques mois plus tard, je suis arrivée au Niger pour mener l'enquête.

3.2 Retour de terrain :

Rien ne doit plus inciter à la méfiance que les aventures qui ont réussies ; Eric Chauvier, 2006 : 73

> « -Alors comment cela c'est passé là bas ?
> -Bien bien
> -Vous avez pu faire tout ce que vous envisagiez ?
> -…en quelque sorte
> -Vraiment ? Avez-vous eu les archives et avez-vous parlé aux gens ?
> -Pas vraiment
> - Je reçois des mails…beaucoup de choses se disent. Nous sommes tous au courant ici de ce qui se passe là bas. C'est la crise. Depuis que Jeanne (l'ancienne directrice) est partie plus rien n'est pareil.
> -J'y ai fait deux mois au lieu des trois prévus
> -Ah bon ? Comment ça ? Racontez nous donc ! (Et ils rapprochèrent spontanément leur chaise en m'entourant)[1] »

Ce bout de dialogue extrait d'une incitation par trois chercheurs de la filiale parisienne à laquelle est rattaché l'IRSMI à livrer mon vécu à Niamey, et les hésitations à me raconter et ceci jusqu'au bout, illustre le malaise ethnographique que j'ai encore à évoquer un terrain qui n'eut pas vraiment lieu. À l'heure où, les anthropologues vont "en guerre" sur leur propre

[1] Paris dans un bureau d'un bâtiment de la filiale , Juillet 2010

terrain, que l'obligation de légitimation dans son milieu de recherche encourage des figures de héros ou héroïne et des postures de résistance[1], que « les légitimités sociales du chercheur dépend des capacités effectives à les imposer[2] », je me suis interrogée sur mes réelles motivations en conduisant mon travail de terrain dans ce centre et sur la volonté d'en sortir. Je m'interroge d' une part sur les négociations qui ont présidé à l'enquête, les modalités de la présentation de soi et d'autre part sur le contexte du lieu d'enquête.

J'ai longtemps pensé l'exercice de subjectivation anthropologique comme du nombrilisme ethnographique et j'ai été surprise de constater Jean Pierre Olivier De Sardan exprimer cet agacement qui était aussi le mien, en considérant que ce que l'ethnologue dit : « de sa relation personnelle n'est pas aussi méthodologiquement intéressant que certains le proclament[3]». Dans mon cas, j'en étais d'autant convaincue, que je n'ai pas essayé de communiquer sur cette question durant la thèse de doctorat, ce qui me permettait par ailleurs de refouler en toute tranquillité, ce que je percevais comme un échec total dans la relation d'enquête. J'ai mis du temps avant de me poser des questions sur la radicalité de mon point de vue, et de faire l'exercice d'expliquer ma propre posture. Le processus a été long, et la résistance forte de repousser le moment ultime où je devais pourtant faire sens l'expérience ethnographique à l'IRSMI. Il faut dire que sans l'insistance bienveillante de ma directrice pour qui les expériences négatives font parti des résultats de recherche et doivent être objet de questionnement et d'analyses, je n'aurai pas eu le courage de livrer ici cette expérience[4]. En réalité l'hésitation a été longtemps due à la manière dont j'allais faire de ce terrain qui « n'eut pas lieu », un véritable matériau d'analyse. Ensuite, me pencher sur cet exercice de réflexivité en particulier induit toujours une sorte de malaise car j'ai beaucoup de méfiance par rapport au dérapage et au « narcissisme ethnographique sans intérêt » dénoncé par Olivier de Sardan

---

[1] Thématique présent au Congrès de l'AFEA notamment l'Atelier 28: « l'anthropologie est politique ». Congrès AFEA, Connaissances no(s) limit (es), Paris, 2011

[2] Communication de Dominique Memmi, 2009, 1ère journée doctorale Santé Population et Politique Sociale (SPPS): *Trajectoire de recherche dans le domaine de la santé, Modalités d'enquête et construction de l'objet,* Paris, EHESS

[3] JEAN PIERRE OLIVIER DE SARDAN, Le « je » méthodologique : implication et explication dans le terrain de l'enquête, Revue française de sociologie, vol 41, n°3, 2000, page 417

[4] Communication avec A M Moulin, Paris, octobre 2011

et au danger d'un « déconstructionnisme radical[1] » qui a mis en inconfort les auditeurs du congrès de l'AFEA devant la lecture du texte de Paul Rabinow intitulé dans sa traduction française : « *D'une observation participante discordante à une anthropologie du désaccord* ». Dans celui-ci Rabinow et un de ses étudiants Anthony Stavrianakis reviennent sur leur expérience de non terrain et de la posture de non soumission du chercheur pris entre des injonctions paradoxales ou *double blind* dans le cadre d'une recherche en bioscience sur la biologie synthétique[2]. La perplexité du public qui s'interrogeait alors sur jusqu'où peut aller le chercheur dans le travail de réflexivité et s'il n'y avait pas là un excès de déconstructionnisme qui remettait en cause la pertinence non seulement de la collaboration de l'ethnologue avec les sciences biomédicales, mais également la discipline ethnologique elle-même avait d'autant plus frappé, que ce texte avait déjà été rédigé et que les mêmes questions continuaient de me hanter. Car la part de construction de soi de ces types de récit de terrain ethnographique c'est-à-dire la part de l'individu construisant sa propre réalité est peu interrogée alors qu'il serait souhaitable d'y être attentif. Je ne prétends pas y échapper et l'exercice demeure difficile. Ensuite, bien qu'il existe un nombre important de travaux qui reviennent sur les négociations de terrains en sciences sociales[3], beaucoup font l'impasse sur les enjeux politiques au cœur de leur démarche. Enfin, un autre malaise ethnographique vient de ma prudence et méfiance à interpréter ma propre posture au regard de la construction de la hiérarchisation et de la distanciation sociale forte entre les français et les nigériens dans le laboratoire et du clivage racial au sein de cette institution qui a sa profondeur historique. Car l'irruption du chercheur noir dans un univers post colonial racialisé n'allait pas de soi comme je m'en suis aperçue très vite. J'essaierai dans ce mouvement de retour sur un "terrain empêché", de prolonger la réflexion sur la problématique au cœur du projet initial.

Les circonstances qui m'ont emmenée à prendre contact avec l'IRSMI ont été déterminées par la rencontre avec un historien ayant fait un travail sur une des filiales de l'institut dans un

---

[1] Termes utilisés par les intervenants à la plénière du congrès

2 Je renvoie au site construit à cet effet : www.anthropos-lab.net

[3] Cf le fameux texte de RABINOW P, 1988

pays de l'Afrique centrale et qui en apprenant que l'ancien directeur de cette filiale avait été muté au Niger m'avait suggéré alors qu'il m'aidait à débroussailler mon projet de thèse de faire une ethnographie de l'IRSMI au Niger. La perspective d'étude était intéressante : saisir de l'intérieur une institution nigérienne travaillant sur les méningites depuis trente ans et dirigé par des coopérants français, afin de comprendre non seulement les enjeux de la recherche et sa pratique en période postcoloniale mais aussi l'articulation entre la politique de santé publique sur les épidémies de méningite centrée principalement sur la surveillance épidémiologique et microbiologique au Niger. J'envisageais deux approches : une approche historique et une autre anthropologique. En effet il me paraissait pertinent de documenter la trajectoire de l'institut pour poser les jalons de ma propre réflexion puis d'étudier et d'analyser la culture scientifique à l'IRSMI ainsi que les enjeux de la recherche appliquée au problème de la méningite épidémique. Deux mois plus tard, j'ai décidé de quitter le terrain en partant du Niger après cinq mois de présence dans le cadre d'une première année de recherche. Ma position de chercheuse et les rapports tendus et froids que j'ai eu avec la direction de l'institut ne m'autorisent pas à développer, une ethnographie fidèle de l'IRSMI. Le travail de terrain par effraction que j'ai effectué ne m'a point permis d'envisager avec rigueur l'objectif fixé en 2009, après soumission d'un canevas de recherche dans lequel j'ai exposé mon plan de recherche et le temps nécessaire (trois mois) pour un premier contact avec le terrain, de faire une ethnographie et une histoire de la recherche clinique sur les méningites qui tiendrait compte des circulations scientifiques nord-sud. Je propose d'examiner étape par étape comment je suis entrée et j'ai cheminé vers la sortie.

3.3 Les différents moments critiques de la négociation

Ma position sur le terrain a été rendue complexe par un "malentendu du regard", lors d'une première présence dans la cour de ce centre de recherche. Un technicien de laboratoire traduisant l'interrogation de ses collègues nigériens m'a avoué s'être interrogé sur les raisons de la présence de « cette noire au milieu des blancs », le jour d'une cérémonie de départ de l' administrateur financier de l'IRSMI qui a démissionné de son poste. J'étais alors debout au milieu des coopérants tandis que les nigériens de l'institut étaient dispersés sans former de

groupe compact à part, je n'avais pas encore été présentée. La question-remarque était ambiguë autant que l'était ma présence au milieu de "ces blancs" et problématique puisqu'elle traduisait par ricochet comme je n'allais pas mettre longtemps à m'en apercevoir, l'ambiguïté des rapports sociaux et la complexité de son intelligence dans la situation postcoloniale au sein de laquelle s'effectuent les travaux de ces chercheurs noirs et blancs. « Noir au milieu des blancs » est une métaphore du non solidaire compte tenu que le seul noir désigné alors comme « noir au milieu des blancs » était précisément cet administrateur dont j'assistai au pot de départ, alors que certaines voix avaient réclamé sa démission et que de vagues rumeurs auraient fini par le perdre, lui qui « s'est toujours mis du côté des chercheurs, des blancs, oubliant nous autres[1]. » et le principal intéressé me recevant dans son bureau confirme : « les gens disaient que je suis devenu comme un blanc, moi j'avais mes principes[2] ». Paradoxe de l'assignation, la mienne. Pourquoi ? Parce que la perception du noir parmi les blancs pouvait être interprétée comme une relation d'amitié, de proximité et de complicité pouvant se muer en traîtrise du noir ne sachant plus défendre la cause salariale ou professionnelle de ses « frères »[3]. Ce rapprochement du chercheur n'est pas le fruit d'une surinterprétation, elle est nourrie de l'intelligence du contexte de recherche à l'IRSMI. Je vais analyser dans cette partie le verrouillage de l'intérieur du terrain, les résistances à l'enquête, le sabotage de l'interlocution, les tentatives d'intimidation, sans compter la question épineuse du mensonge comme ressort de la communication.

J'ai commencé mon travail ethnographique à l'institut dans un contexte particulièrement tendu dont je ne saisis en partie l'ampleur qu'à mon arrivée, beaucoup de choses avaient changé depuis l'arrivée du nouveau directeur il y a quelques mois, les unités ont été réorganisées, certaines tensions et rancœurs se sont fait jour notamment sur le statut du personnel, le règlement intérieur a été réaménagé, la période de la rigueur s'est incarnée « on nous a exigé les procédures pour dire c'est ça qu'il faut faire comme elle ne l'a pas trouvé

1 Entretien avec un manœuvre, 14 Mai 2009

2 Entretien avec l'ex administrateur financier, Niamey le 23 mai 2009

3 Reproche fait à l'ancien administrateur financier par les manœuvres et quelques techniciens interrogés

c'est comme un scandale pour lui[1] », il y a eu un départ et une démission. C'est donc au sein d'un univers administratif en pleine restructuration où j'ai pris pied.

Le mail de mise en relation de l'historien accompagné d'une lettre de ma directrice de recherche et par conséquent le réseau académique me permit d'entrer en relation avec le directeur de l'institut. Je suis arrivée au Niger en janvier 2009 un an après ses échanges pendant lequel j'ai construit et négocié mon accès à l'IRSMI: prise de contact avec le directeur, définition de mon canevas de recherche, validation de celui-ci, accord de principe sur ma venue. Je pensais une fois sur place qu'il ne restait plus qu'à régler les modalités de mon séjour, d'organiser mon enquête et de se faire une place dans le laboratoire, j'étais alors loin de me douter combien il me restait encore à négocier les modalités d'accès au site et à revoir mon canevas qui passait par une redéfinition de la problématique de recherche. J'ai pu me rendre compte combien il est important de ne pas confondre l'accord à l'enquête au droit d'entrée dans le terrain, les deux processus sont distincts et nécessitent qu'on y prenne garde, la situation peut cependant s'enliser. En effet, après quelques mails et un coup de fil j'avais enfin pu arracher un rendez vous à un épidémiologiste de l'institut ,l'un de mes principaux interlocuteurs depuis un an que se construisait le projet de recherche. Depuis mon arrivée, il s'était plein d'être surchargé et de ne pas être encore en mesure de me recevoir et il était entendu avant mon arrivée que je devais d'abord passer par lui. En mi février, alors qu'à l'autre bout du fil il réfléchissait pour me fixer un jour de rendez vous je lui demandais s'il peouvait me recevoir le jour même, ce qu'il accepta sans hésiter. Je me suis rendue au quartier Talli où se trouvait l'institut, deux gardiens étaient postés à l'entrée, l'un deux s'est proposé de me conduire au bureau de l'épidémiologiste, j'ai emprunté un long couloir du bâtiment Lapeyssonnie dont les locaux étaient neufs et il m'a laissé devant la porte où m'attendait l'épidémiologiste . Dans son bureau, celui-ci après m'avoir demandé comment se déroulait mon installation à Niamey est allé droit au but, selon lui il était important de redéfinir mon protocole de recherche. J'apprenais ainsi que l'IRSMI n'avait plus de contact avec les malades depuis qu'il avait cessé certaines de ses activités notamment les analyses de laboratoire et que l'interaction avec les patients se faisaient habituellement et de manière régulière au cours

[1] Entretien avec l'ancien administrateur financier de l'IRSMI, Niamey 23 mai 2009

d'études cliniques. Aucune étude clinique n'était prévue dans l'année sur le site, comment allais-je donc étudier la question de la représentation de la méningite chez les patients ? Effectivement, mon protocole de recherche spécifiait un travail ethnographique sur les représentations des malades autour de la méningite, aspect de l'étude qui avait paru d'ailleurs intéresser le responsable de l'IRSMI et son bras droit lors de nos premiers échanges par mail. L'erreur sur la référence au laboratoire d'analyse médicale supprimée deux années plutôt n'avait pas fait l'objet de commentaire dans les mails antérieurs. Néanmoins, j'ai demandé à poursuivre les axes de recherche concernant le rapport au passé de l'institut (l'axe histoire) et de son implication dans la politique de santé publique autour des épidémies de méningite (ethnographie de l'unité méningites et anthropologie des connaissances). C'est alors l'approche sciences sociales du protocole fit l'objet d'interrogation. Il serait mieux selon l'épidémiologiste d'aller voir le laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL) qui serait le plus à même de m'accueillir. Cette première excuse pour me fermer dès le début une porte pourtant déjà entrouverte puisqu'elle avait suscité mon arrivée en pays étranger, me parut pour le moins fallacieux. J'ai repris la négociation tout au début par une pédagogie de l'enquête de terrain précisant ses enjeux et son importance dans mon champ disciplinaire, mes motivations, l'importance de l'IRSMI dans l'incarnation de la politique autour des épidémies de méningite. Pour la partie historique, il me fit savoir que pour l'accès aux documents écrits que je dénommais « archives » que je définis comme un ensemble de savoirs produits, collectionnés et classés dans des lieux de consultation, je devais m'adresser directement au directeur[1]. A la fin de l'entretien, j'avais compris que ce premier échange avec un homme d'abord froid, au regard las, abrité derrière des lunettes avait pour finalité de tester ma motivation à entrer dans le centre, l'enjeu étant de tester ce qui différenciait un doctorant en sciences sociales d'un touriste ordinaire. L'épidémiologiste me promit qu'ils allaient bientôt reprendre contact avec moi lorsqu'il aura discuté avec le directeur de l'institut. Mon exercice de guet dura deux mois. Un premier mail de relance m'avait dissuadé d'insister : l'épidémiologiste confirmait qu'il reprendrait contact avec moi mais qu'ils étaient débordés pour l'heure. Je constatai avec

1 Il n'existait pas à proprement parler d'archives de l'IRSMI.

effarement que la moitié de mon séjour allait s'écouler sans que je mène l'enquête. J'en discutais lors d'une table ronde au LASDEL, où j'avais ma première base en tant que doctorante en accueil, mon directeur de thèse me dit amusé de prendre l'exemple sur ce chercheur qui tournait patiemment depuis trois mois dans les administrations de Niamey qui se renvoyaient la balle pour l'autoriser à faire une recherche sur la police. Si faire une recherche sur une corporation fermée réputée pour ses pratiques corruptives[1] relevait d'une entreprise hautement plus périlleuse, devais je croire que je cherchais aussi à m'impliquer dans un terrain miné? Si ces chercheurs étaient la police des bactéries, l'avant-garde de la surveillance chargé de donner l'alerte en cas d'épidémie, ma présence pouvait-elle être synonyme de danger ? Je refusais le coin de travail que me proposait Jean Pierre Olivier de Sardan au LASDEL pour ne pas avoir l'impression de lâcher prise en ce qui concernait le l'IRSMI et entreprit non pas de croiser les bras mais de trouver une alternative à l'accès aux malades. J'étais sans financement, et consciente que l'attente était contraignante, j'estimai ne pas pouvoir me payer le luxe de repartir du Niger sans être convaincue qu'il fallait continuer une recherche et un terrain faisable. L'état de mes finances et la période impartie à la recherche ne m'autorisait guère ce que je considérai alors comme une perte de temps, je me trouvais d'autres occupations notamment par la recherche de populations en épidémie à 700 km de la capitale[2]. Ce n'est en effet qu'à la fin du mois de mars que l'épidémiologiste m'envoya un mail qui me fit revenir sur le champ à Niamey. Je mis mes premières investigations entre parenthèse et remontai dans la capitale après deux mois d'absence pour croiser (hasard fortuit) le 26 mars, le directeur de l'IRSMI à une réunion de gestion des épidémies réunissant les principaux acteurs de santé publique du pays pour décider des stratégies à adopter afin de maîtriser l'épidémie de méningite en cours. Je reconnus le responsable de l'institut que j'avais pu voir en photo et me dirigeai vers lui en me présentant. Il me voyait pour la première fois et parut surpris que je me retrouve dans cette réunion, cela faisait deux mois qu'il m'évitait et autant de temps que je guettai le moment de la reprise de contact. Il me confirma une longue absence et me fis savoir qu'il était disposé à me

[1] Voir à ce titre BLUNDO G et J P OLIVIER DE SARDAN, 2001, pages 8-37

[2] Premiers moments d'observation d'un terrain qui allait constituer le gros de la recherche l'année suivante. Voir dernier chapitre de la thèse

rencontrer et que je pouvais passer au centre. Nous n'avions cependant pas fixé un rendez vous et je ne m'en étais pas formalisée. Je me suis rendue au centre une seconde fois et je fus congédiée par la secrétaire qui me fit savoir que le directeur désirait que je prenne rendez vous. Je m'en retournai, édifiée de l'exigence de formalisation de nos échanges et le renvoi incessant d'une rencontre qui aurait du avoir lieu trois mois auparavent. J'ai renvoyé un mail dans lequel je demandais un rendez vous qui me fut accordé le 20 avril. Je m'excusais de ne pas avoir eu la délicatesse de ne pas prendre rendez vous la dernière fois, il me fit la leçon : on ne pouvait débarquer chez les gens à l'improviste.

Nous avons ensuite discuté de mon projet de recherche, de mon installation à Niamey[1]. Je lui demandai s'il y avait des archives et des moyens d'y accéder : « ah les archives c'est moi ! » s'est t'il exclamé en me faisant savoir qu'il avait commencé à faire du rangement. Cette personnification des documents de l'institut m'intrigua toute suite. Il me montra un tas de classeurs disposés dans son bureau à même le sol et sur des étagères d'une armoire, je me demandais si le temps si long, trois mois mis pour m'accorder le rendez-vous, ne venait pas de la mise en ordre des archives. On me fit savoir que je disposerai d'un bureau et me demanda combien de temps je resterai dans l'institut. En réalité je ne disposais même plus de trois semaines étant donné que 4 mois avait été prévu au départ et que je n'avais pas de financement. Je lui répondis que je resterai jusqu'au mois de juin et qu'ensuite il fallait que j'obtienne des financements pour pouvoir revenir. J'avais consenti à tirer la ficelle encore vu que je n'avais pas le choix. Lorsque le directeur de l'institut mit fin à l'entrevue, il me pria de repasser à son bureau le mercredi suivant car il avait des documents à me faire signer. Je décidai donc en toute logique d'attendre ce jour pour commencer à travailler dans le centre. Le 22 comme convenu, je suis arrivée le matin de bonheur et fus annoncée par la secrétaire. Dans le bureau, le directeur m'a tendu un document et m'a prié de le signer. Le "contrat" de trois pages indiquait que je devais m'engager à utiliser à bon escient les documents qui me seront soumis, de ne pas les abîmer, de demander l'autorisation avant toute reproduction, cette autorisation serait traitée « cas par cas », un ensemble de principes à respecter. Il était

[1] J'avais demandé à tout hasard par mail avant ma venue s'il était possible d'avoir des tuyaux pour l'hébergement (l'IRSMI oriente ses stagiaires et les Volontaires internationaux sur des plans logement, je n'étais certes ni l'un ni l'autre), je n'eus aucune réponse.

donc convenu que mes moindres faits et gestes relatifs à la recherche devaient rentrer dans un cadre formel. Je paraphais le bas du contrat tandis qu'il me mettait en garde d'un ton sec :

> « Je vous avertis à la moindre erreur dans cet établissement vous êtes virés, faites attention à ce que vous dites. Je ne veux pas de problème. A la moindre erreur je vous vire[1] ! »

Le ton avait brusquement changé pour prendre une inflexion plus dure. Il m'expliqua que le respect des employés de l'institut était un préalable. Ce respect devait consister à éviter certaines questions pouvant froisser la susceptibilité des uns et des autres et si possible d'éviter de les déranger dans leur travail. Par la première exigence, je crus comprendre une sorte d'autocensure sur ma propre enquête. Je le rassurai sur mes « bonnes manières » et lui expliquai que mon travail nécessitait néanmoins que je circule entre les bureaux et les couloirs, il n'émit aucune objection. Je m'enquéris des documents d'archives et quand est ce que je pourrai y avoir accès. Il me fit savoir qu'ils concernaient les affaires de l'administration et dataient seulement de 1995 puis fit appel au plus vieux chercheur nigérien de l'IRSMI et qui selon le directeur était une personne sage et respectée. Après les présentations d'usage, il lui demanda s'il existait de vieux documents sur l'histoire de l'institut. Celui-ci dévoila à la grande surprise de son patron l'existence de documents contenus dans un conteneur mais où il ne faisait pas moins de 48° à l'ombre, il précisa qu'il me faudrait beaucoup de courage pour tenir à l'intérieur. Le directeur répondit à ma place :

> « Ne vous en faites pas pour Oumy, du courage et de l'obstination, elle en a ! Mais dites moi, je m'intéresse à ces documents, s'il y a des choses intéressantes il faut les sortir moi je veux les avoir dans une bibliothèque, je ne savais pas qu'il y avait des anciens documents concernant l'institut[2] ».

3.4 Surveiller l'anthroplogue

Je fus installée les jours suivant dans un coin de bureau que je partageai avec un ingénieur. Ce nouvel arrivant était en remplacement d'un autre ingénieur dont le départ ne s'était pas fait

---

[1] Entrevue avec le Directeur de l'IRSMI le 19 avril 2009

[2] Extrait de l'entrevue avec le directeur de l'IRSMI Niamey le 22 avril 2009, entretien non enregistré

sans grand bruit, conduisant l'ambassade de France à intervenir pour régler le différend entre la Volontaire internationale (VI) et le directeur, la première ayant émise la volonté de mettre fin au contrat. Cette histoire dont j'avais rattrapée au vol quelques bribes,[1] dont certains détails me furent donnés plus tard m'avait en réalité dès le début fait prendre conscience de la difficulté de ma tâche mais également de la nécessité d'une extrême vigilance. Je me demandai par conséquent si la frontière devait être réellement celle que l'on me fixait dans le laboratoire en échange de l'accès au terrain ou de celle que je me fixais moi chercheuse sur un terrain parmi d'autres ? L'autre question était quelle limite j'allais me fixer compte tenu des échanges peu cordiaux que j'avais eu jusque là.

Je n'avais peu d'éléments sur cet institut de recherche. L'ignorance du contexte avait été pour beaucoup dans les difficultés auxquelles j'avais du faire face jusqu'ici. Il s'agissait là d'une faute méthodologique. .Les informations glanées sur Internet comme le laboratoire d'analyse étaient obsolètes, ce qui soulignait le manque d'entretien du site et des informations qui y figuraient. Rien de disponible n'avait été rédigé sur l'institut, aucun travail ethnographique n'avait précédé celui que je voulais mener. la première enquête que j'avais résolu de faire concernait les mémoires privées de l'IRSMI qui n'avaient pas réellement d'existence physique, au sens où, il me suffirait de pousser la porte d'une salle pour les consulter aussi le contenu du contenair m'intriguait. Si j'avais une double démarche sur ce terrain et que j'ai insisté au début sur la partie historique, c'est après avoir considéré que ce serait la position la plus neutre et qu'à priori il n'y aurait pas de problème compte tenu de l'expérience positive de l'historien qui m'avait mis en contact avec le directeur[2]. La posture d'enquêtrice du passé était ainsi celle que je mettais en avant.

La clé du conteneur se trouvait avec celui que l'on désignait comme le documentaliste qui se chargeait en réalité d'informatique et de gestion des publications scientifiques. Celui-ci faisant parti des personnes ayant refusé plus tard l'entretien avec politesse et fermeté, disait avoir perdu la clé il avoua ne plus la retrouver, au risque de tourner au cirque. Je résolus de prendre

[1] Mon futur mari devait être à la place de cet ingénieur mais a décliné le poste suite aux échanges froids et au manque d'attractivité du poste. La Volontaire qui était partie l'ayant personnellement mise en garde par voie de mail

[2] Certes cette recherche en histoire avait eu lieu dans un contexte différent dans une institution de recherche en Afrique centrale et le directeur de l'IRSMI avait pris fonction à la fin de l'enquête de l'historien ne pouvant remettre en question les libertés que lui avait octoryée son prédécesseur

mon nouveau mal en patience. Le jour de la signature du contrat le vieux chercheur nigérien de formation biologiste avait parlé également de documents contenus dans une salle qui pourraient m'intéresser. Un ensemble de thèses en médecine et biologie qui ne reflétaient pas vraiment la vie de l'institut y étaient disposés. La salle était près du bureau du vieux chercheur. Les documents étaient étalés sur plusieurs étagères recouvertes de poussière. Je résolus de faire néanmoins le tri, un peu de rangement, étant donné que certains rapports d'activités s'y étaient glissés. Toute cette journée et les jours suivants le vieux biologiste de l'IRSMI choisissait avec moi les ouvrages ou les rapports que je pouvais prendre, il jugeait ceux qui avaient de l'intérêt pour moi et d'autres dont il ne voyait pas en quoi ils pouvaient me concerner. Du haut de ses soixante ans, je le regardai se baisser, s'accroupir, monter sur les chaises et les tables pour dégoter et dépoussiérer le document susceptible de m'intéresser. Bien entendu, il avait été nommé d'office pour me surveiller mais également censurer ma recherche. Cette année, il devrait partir en retraite mais son poste serait maintenu, le directeur de l'institut ne veut pas recruter quelqu'un en qui il n'a pas confiance et le Niger forme peu de biologistes compétents, il est nécessaire d'aller passer son diplôme à l'étranger[1]. En étudiant l'organigramme obsolète de l'IRSMI mais qui était encore sur le site, on saisit une première chose, avec la transformation de l'institut en membre du réseau de la filiale à Paris, décision survenue en 2007, la filiale parisienne et le ministère de la santé du Niger étaient en théorie les deux institutions à rang égal qui administraient le centre. Un second détail révèle que la partie service est réservée aux nigériens (l'ancien laboratoire d'analyses médicales, le dispensaire et le service de la documentation), toutes les unités recherches sont dirigées par des français présents dans le cadre de la coopération technique. En supprimant le laboratoire d'analyses médicales, le vieux biologiste qui y pratiquait des analyses n'avait théoriquement plus d'emploi. La femme qui dirigeait le dispensaire a été affectée au sein d'un nouveau programme méningites logé au centre et financé par le Fond Français de Solidarité prioritaire (FSP). Si le reste du séjour, je fus taraudée par le contenu des sources administratives que le directeur avait pris tant de soin à rapatrier et ranger[2] dans son bureau pour trouver par la

[1] Le doctorat en biologie n'existe pas encore à Niamey. En 2009, le nombre de médecins diplômés formés à l'Université est de 19. Source : Université de Niamey

[2] J'appris qu'ils étaient disposés dans une autre pièce quelques semaines avant mon arrivée

suite l'excuse de leur caractère récent, il me fut impossible d'obtenir l'autorisation de consulter ces sources. En dénigrant leur contenu, il jugea de leur « peu de valeur » pour ma démarche, il s'agissait des questions administratives du centre rien à voir donc avec son histoire. Si l'épidémiologiste jugeait ma démarche « trop sciences sociales » en décalage avec les activités du centre, le directeur s'autorisait par un balisage à indiquer où le regard de la discipline devait porter. En faisant l'inventaire des salles où étaient disposés les documents écrits, je n'avais accès qu'à la « salle des thèses » et au contenair dont on avait perdu la clé.
Au bout de quelques jours, alors que je continuai à feuilleter les publications lentement feignant de trouver de l'intérêt à ses suggestions, le biologiste s'est lassé de faire son travail de surveillant et a regagné dignement son bureau. Alors que je commençai à désespérer qu'on ne retrouve plus la clé du conteneur, elle surgit un jour sur la table du documentaliste, j'étais d'autant plus soulagée de la trouvaille que le directeur était en déplacement. Mes activités dans ce nouvel lieu de vieilles paperasses s'exerçaient au vu de tous puisque le conteneur se trouvait dans la cour du centre de recherche à gauche de la porte d'entrée. Des vieux manuscrits d'articles, des correspondances, des rapports, des factures, des cours d'immunologie, plusieurs documents en liant avec les activités scientifiques, de vieux ordinateurs, des matelas et des cartons fermés étaient empilés pêle mêle sous une épaisse couche de poussière. Quelques manœuvres fort curieux s'approchaient pour demander ce que j'y fabriquais et je commençai à me familiariser avec eux. Ils me permettaient de m'éloigner du cadre rigide à l'intérieur de l'institut et de discuter avec eux avec décontraction tout en échappant aux conditions thermiques d'enfer qui régnaient dans le conteneur. Je m'aperçus très vite au fil de mes discussions qu'il existait un clivage entre employés nigériens payés par l'IRSMI et d'autres membres du personnel rétribués par le ministère de la santé. Il concernant leur statut professionnel et la question de leurs indemnités, le problème qui remontait à l'ancienne direction plombait l'atmosphère pressant la nouvelle direction de chercher une solution au plus vite. La première avait été de pousser à la porte le directeur administratif et financier et les manœuvres disaient ne pas avoir de regret sur ce départ.

Je n'eus que quelques jours de répit, au retour de voyage, le directeur de l'IRSMI vint

inspecter personnellement les documents étalés sur mon bureau, demanda qui m'avait donné l'accès au conteneur et qui était mon superviseur. Je lui rappelai les circonstances de la découverte de l'existence du conteneur et de son autorisation et lui répondit que c'était le documentaliste qui supervisait mes activités. Il exigea alors que le vieux biologiste revienne dans sa mission première de « me superviser ». Exigence qui ne reçut jamais d'écho. Il prit par conséquent l'habitude de surgir dans le bureau pour jeter un coup d'œil sur les documents entreposés sur la table, puis elle en profitait pour parler avec l'ingénieur. Cette nouvelle pratique m'obligea à verrouiller mon ordinateur. J'abandonnais l'écriture de mon journal de terrain qui demeura quasi vierge. Mon travail n'était devenu pour moi qu'une entreprise d'espionnage du moins le percevais je comme tel, j'étais particulièrement gênée de tomber sur des documents que je considérai compromettant pour son histoire, je prenais soin de dissimuler tout ce qui me paraissait sensible : de vieilles lettres sur les rapports délétères entre chercheurs français et nigériens, une lettre de pétition pour le respect du droit de travail des nigériens signés par plusieurs personnels encore en exercice, peu de choses sur les épidémies de méningite mais révélatrices de la nature des relation sociales entre chercheurs à une époque donnée. L'assignation de l'anthropologue ne pouvait dans cette configuration entretenir qu'une ethnographie par effraction c'est-à-dire un ensemble d'investigations et de pratiques de recherche confinée dont les conditions de possibilité sont une part d'interdit, de censure et de soupçon. Je me gardai bien de photographier les documents en ma possession, la nécessité d'en demander l'autorisation me faisait craindre une interdiction formelle de les reproduire ainsi que leur saisi, je me contentais pas conséquent de les lire et de les laisser dans le contenair, ce que je fis durant tout mon séjour. Les visites surprises du directeur ne me permettaient pas de les garder en ma possession au bureau. Mon seul espace de liberté était le contenair où les conditions de travail étaient inhumaines.

3.5 Assignation et Intégration :

Il se posait la difficile tâche de nouer des liens avec les chercheurs du centre. Plusieurs ignoraient encore les raisons de ma présence. Non, la direction pour une fois n'en avait pas parlé alors qu'il était d'usage d'annoncer lors des réunions les nouveaux arrivants dans

l'institut. Oui effectivement, ils s'étaient demandés le premier jour à la fête de départ de l'administrateur financier, qui était « cette noire auprès des blancs ». Je demandai alors à l'épidémiologiste peu bavard et qui semblait plutôt rebuter quelques collègues, personnage que je ne pouvais cerner car il était dans un bâtiment différent des autres chercheurs, de bien vouloir me présenter au personnel de l'IRSMI. Il s'excusa de ne pas y avoir pensé plutôt, me promit une visite de l'institut, ce qu'il ne fit jamais. Je compris que cet oubli voulu participait aussi de la politique d'invisibilité à laquelle on me soumettait et me maintenait dans une position floue. J'essayais de me joindre au pose café afin de rencontrer les chercheurs et expliquer un à un les raisons de ma présence mais il n'en demeure pas moins que je gardai l'attitude d'une ethnologue « retranchée » un peu à l'image des scientifiques de laboratoire que je voulais étudier. Un chercheur responsable de l'unité biologie fit la réflexion un jour, de mon intégration et me demanda si je souhaitais faire des présentations par la suite car la méningite était d'actualité dans les futurs projets du centre. Il me fit savoir qu'il en parlerait au directeur. Des jours plus tard, il n'en fut plus question. Ma « non intégration » perceptible par les enquêtés était une question hautement problématique même si elle ne se posait pas dans les mêmes termes pour le responsable de l'unité de biologie qui voulait m'intégrer en demandant que l'ethnographie fasse parti de la production de la recherche au sein de l'institut et pour ma propre posture que je concevais comme le résultat de mon propre travail de prudence, de distanciation et d'égale froideur que l'on m'avait servi et que je reproduisais jour après jour, réfugiée dans ce conteneur infernal ou dans le bureau et laissant échapper ce qui se jouait réellement sous mes yeux. En ayant accepté le bureau qui m'avait été octroyé et figé par les procédures d'intimidation, je posais le problème de mon "repérage spatial" de ma reconnaissance au sein de l'institut et par delà de la reconnaissance sociale de l'ethnologue. En acceptant le coin pour travailler, je faisais face à l'impossibilité d'observer et de comprendre l'organisation sociale de l'IRSMI. Je ne pouvais nouer de véritables relations sociales en me cantonnant aux poses café dans une salle réservée à cet effet. Je ne pouvais observer et discuter avec les chercheurs des deux nationalités au même endroit. Les nigériens se rendaient dans la salle de pause tandis que les français préféraient souvent faire une « pause clope » dehors. Les premiers se réunissaient volontiers le matin autour d'un sachet de galettes

de mil saupoudrées de piment en guise de petit déjeuner et les seconds se rendaient directement dans leur bureau. A l'intérieur, le zarma que je ne comprenais pas était la langue de communication, dehors le français qui m'était plus proche me permettait de saisir les discussions d'un trio de chercheurs et de capter les attitudes de deux d'entre eux entre drague et doute sur le prolongement de leur contrat de recherche. Le bactériologiste français songeait sérieusement à ne pas prolonger son contrat, il le disait avec le sourire, l'ingénieur nouveau venu lui répétait alors qu'il lui faisait peur : « il est si terrible que ce qu'on dit, moi il est gentil avec moi, il me pose des questions sur mon travail, bon il est pénible, il est tout le temps dans notre bureau… ». Ma présence curieusement n'engageait pas une censure de leur parole, je voyais le responsable de l'unité de bactériologie en dehors de l'institut, en réunion du Comité National de Gestion Epidémique, l'ingénieur avait mon âge et nous partagions un secret celui des conditions de son recrutement qui nous rendait plus ou moins complice. Je ne m'engageais pas pour autant à m'ouvrir au sujet de ma réception et des rapports avec le directeur que je jugeai de plus en plus pesants au fur et à mesure qu'il surgissait dans le bureau et inspectait mon travail.

3.6 Verrouillage du terrain d'enquête :

Un mois de séjour après, je frappai au bureau du directeur pour lui demander la permission d'assister aux réunions de laboratoire. J'expliquais ma démarche par l'importance comme je le faisais par ailleurs aux réunions ministérielles de gestion des épidémies d'observer in situ ce qui comment se décident des stratégies de recherche et se discutent les résultats. Le refus fut net. Les réunions étaient des rencontres entre les professionnels de l'institutet on y parlait des affaires internes trop « techniques » je ne pouvais pas comprendre et il était inutile d'insister, les affaires internes devaient rester internes. « Il y a bientôt nos partenaires du *Wellcome Trust*[1], ils discuteront de méningite, je vous intégrerai à cette réunion. Maintenant si vous voulez m'excuser…» Les modalités d'enquête de terrain ne cessaient de m'échapper. Lors des échanges avec le directeur, je n'insistai sur aucun point, convaincue que le contenu de ma parole pouvait provoquer un danger potentiel, celui de m'expulser d'un lieu où ma présence

[1] Fondation britannique de charité en médecine qui finance plusieurs programmes de recherche biomédicaux de grande envergure à travers le monde.

était tolérée mais sans plus. Je m'ouvrai sur le champ à l'ingénieur, le refus m'avait déstabilisé, je lui demandai s'il en connaissait les raisons. « wouh là c'est parce que c'est chaud nos réunions, il fume clope sur clope, tout le temps en désaccord avec le bactériologiste sur le programme méningite et sur ses avis souvent balayés, il finit parfois par quitter la réunion de colère, alors tu t'imagines bien que tu n'es certainement pas la bienvenue. » Je résolus d'aller voir la première personne qui quitta l'institut à mon arrivée et lui demandai quelles étaient ses appréciations sur la nouvelle direction :

> « Je dis c'est un peu l'expérience qui transforme les gens, le fait qu'il ait servi dans ce pays d'Afrique centrale, un pays où même le président n'a pas confiance en sa femme, moi j'ai été un peu là bas, on a maintes fois accueilli des gens de là bas ici et on a entendu parler d'eux,, là bas quand tu restes directeur pendant 4 ans donc tu as eu le temps d'être prudent, prudent, prudent, prudent, tu regardes tout à la loupe, c'est cela qu'elle a eu et qu'il a transposé déjà ici à l'IRSMI[1]. »

Ainsi le jeu de la prudence et du refus du dévoilement qui serait né d'une expérience d'un passé au sein d'un pays jugé à tort et un peu hâtivement comme cultivant le goût du secret et de la méfiance ceci même dans les arcanes du pouvoir, expliquerait peut être le rejet de la démarche de l'anthropologue ? Je ne pouvais accorder une caution scientifique ni à l'explication de l'ingénieur ni à celle de l'ex administrateur. L'explication de l'attitude du directeur me paraissait simpliste. Pour moi la réponse était à trouver ailleurs dans l'institut à travers les hiérarchies, le confinement des uns des autres dans des espaces séparés en somme dans les mémoires de ces lieux.

3.7 Ouvrir le terrain ?

La radicalité avec laquelle on m'avait interdit l'accès à un important espace de sociabilité de l'institut, le flou entretenu sur les raisons de ma présence, le manque de familiarité me paraissaient antinomiques au travail ethnographique, je décidai pour le temps qui me restai

[1] Entretien avec l'ex administrateur financier de l'institut, Niamey 23 mai 2009

d'user de moments d'entretiens comme des phases clé de l'observation participante au niveau de l'institut de recherche. Le personnel se sera prêté avec une relative bonne volonté à mes interviews après que j'ai vaincu les réticences de certains qui demandaient à l'avance si le directeur aurait accès aux entretiens et après que je donnai des gages de confidentialité. Les refus qui m'ont été opposés sont le fait de personnes travaillant en étroite collaboration avec le responsable du centre : sa secrétaire personnelle et le chargé de la documentation. Je n'ai pas pu savoir si leur refus faisait suite à des consignes qui leur avaient été donné, poser une telle question restait délicate. La raison principale invoquée au refus d'entretien a été la trop grande proximité avec la direction de l'institut et par delà les affaires confidentielles. Lorsque j'évoquai le fait que je voulais connaître les temps forts de la recherche sur les méningites, ils affirmaient que l'administration et la recherche faisaient deux arguant ainsi la parfaite incompétence sur ce que j'allais leur entretenir. Au cours des entretiens, j'étais bien consciente que le manque de familiarité pouvait être un atout pour faire ressortir d'autres modalités de la relation et des rapports des uns aux autres par rapport au contexte de la recherche. Elle me mit premièrement en position d'expliquer que je n'étais pas un évaluateur. L'explication vague donnée à la raison de ma prochaine présence était qu'une étudiante viendrait leur poser des questions sur leur travail. Elle me mit en seconde confrontation avec le mensonge comme ressort de la communication : les trous de mémoire prétendus sur des rapports entre ancien personnel ayant quitté l'IRSMI et leur remplaçant a éclairé les dimensions de certains clivages liés à des rapports de pouvoir et a surtout exhumé le spectre de l'unique nigérien qui voulut être directeur du centre et l'histoire de son ascension empêchée. La troisième dimension des entretiens faisait ressortir la différence dans l'accès aux informations entre chercheurs blancs et noirs. En dernier ressort, la force du consensus sur une africanisation impossible et non souhaitée de l'IRSMI me semblait être un point majeur des enjeux de la recherche.

3.8 Résistance et intimidation

Le moment d'entretien avec le directeur réserve une dimension plus évocatrice d'une réticence à être objet de recherche mais également des enjeux de domination. Là les résistances à l'entretien se sont amplifier de manière à rendre désagréable un échange censé.

La demande d'enregistrement de l'entretien fut refusée de facto. L'entrevue ne devait pas être longue : « trente minutes pas plus » me fit il comprendre par le signe de la montre. Tout au long le processus d'entretien fut déstabilisé sur des remarques sur la construction de mon questionnaire jugé « peu structuré ». En conclusion il donna son avis : « ça partait dans tous les sens».

Le refus de l'enregistrement ainsi que la tentative de déstabiliser l'entretien pour saboter la relation d'enquête participaient à mon sens à renforcer la domination symbolique qui tout au long a pris des formes variées de l'intimidation au sabotage en passant par la censure et la surveillance. Intriguée depuis le début par la différence de réception entre l'historien en Afrique centrale et la mienne, je lui demandai à la fin de l'interview ce qu'il avait pensé de son travail.

> « J'ai bien aimé, je l'ai retrouvé au centre, il avait presque fini son travail entamé avec mon prédécesseur, il y avait des choses…il a fait un compte rendu au conseil scientifique (rires), je me souviens qu'il y a eu des moments crispants des choses qu'il avait dites. Le président du conseil scientifique n'a pas apprécié certaines choses[…] Les sciences humaines ça se base quand même sur les on dit. Moi je l'apprécie bien et son travail était tout à fait intéressant[1]. »

Je n'étais pas sure de pouvoir tirer quelque chose à partir de ses propos qui pourraient m'aider à éclairer mon expérience. Est ce parce que la position d'un historien est plus tenable que celle d'un anthropologue dont l'objet de recherche est précisément les relations humaines et les interactions dans le temps présent ? L'épistémologie de l'ethnologie basée sur la rencontre et les relations est un acte politique et ma position était triplement étrange, j'étais anthropologue, femme mais surtout au même titre que les nigériens du centre, une dominée héritière d'une histoire coloniale et postcoloniale lourde de sens qui venait jauger d'autres héritiers de l'ancienne puissance coloniale au travail dans une position de suprématie administrative et scientifique au sein d'un centre de recherche nationalisé depuis les années 2000.

L'entretien en question a eu lieu au mois de juin, je devais impérativement quitter le Niger,

[1] Directeur de l'IRSMI, le 22 juin 2009

j'avais débordé du temps prévu de deux mois, compte tenu des difficultés d'accès au terrain et j'étais sans financement aucune. J'annonçai au directeur que j'allais partir, je n'avais pas fini mon travail, que je verrai si j'aurai des financements et que si tel était le cas je reviendrai sans doute.

> « Il faut que dans ce cas, vous me fassiez un compte rendu de votre travail mais je dois vous avertir, vous n'avez pas le droit de publier ou de communiquer sans m'avertir car je ne vous dis pas ma pauvre à quoi vous vous exposez sinon. Vous ne serez pas de taille. Je suis en très bonne relation avec le service juridique de la filiale parsienne[1]. »

Il contourna la table et me montra une bouteille d'Evian estampillé abusivement selon elle « label filiale parisienne », « je vais saisir le service juridique, on ne peut pas utiliser le nom de la boîte comme cela, c'est une publicité mensongère. ». Le reste du monologue se perdait dans les diatribes contre ces types de société qui abusaient du manque de vigilance du service juridique, en l'écoutant je me fis la réflexion que si je continuais ainsi mon travail de thèse durant trois ans, ce serait une guerre et un conflit sans fin. En quittant l'institut de recherche et en faisant mes au revoirs à quelques personnes avec qui j'avais eu un instant court quelques moments de familiarité, j'étais sure de ne plus revenir. Mes propres pratiques donnant à voir une politique de l'enquête passive, adoptant une posture de civilité, cédant aux pressions mais sans y consentir, les deux n'étant pas la même chose, m'ont conduite acculée par les questions de moyen et de temps à sortir d'un terrain où je ne voulais plus être.

3.9 La faillite de l'entreprise ethnographique

Je propose de rendre compte de l'échec de la relation ethnographique avec le personnel de l'institut premièrement par mon espérance d'un au-delà de la sympathie, l'expression d'une bienveillance que je considérai je ne sais pourquoi comme la clé de la réussite de mon entreprise. Or la relation ethnographique a-t-elle besoin d'un tel type de lien ? De plus en plus d'anthropologues sont engagés dans des champs de recherche avec des personnes souvent « antipathiques » où les gens qu'ils investiguent « représentent politiquement tout ce

[1] Idem

qu'il déteste »[1], cet aléa a un limite selon M Avanza : le terrain ne peut être de longue durée. Pour ma part, je n'en suis pas si convaincue, cependant la réussite de la relation est centrale en anthropologie autant que dans d'autres champs proches. Revenons sur le rapprochement de mes difficultés d'accès au terrain avec l'ethnographie de la police nigérienne fait par mon directeur en 2009 et citée plus haut. Elle n'est pas isolée. En avril 2012, lors d'une réunion de travail entre épidémiologistes, climatologues, bactériologiste et moi anthropologue, j'ai fait la rencontre d'une climatologue spécialisée sur l'interaction entre les facteurs climatiques et les épidémies de méningite. Elle s'est rendue en 2011 à Niamey pour rencontrer le directeur de l'institut afin de discuter des modalités de stage de son étudiant. Voici ce qu'elle raconte :

> « Les échanges par mail avaient été pénibles ; Nous nous sommes rendus sur place. J'ai cru que c'était la Gestapo, il m'a demandé combien de publications mon étudiant ferait, qui serait en premier auteur, en second et en dernier, que les données de l'institut ne seront pas transmises, que rien ne devait sortir, il notait tout mais c'était l'h-o-r-r-e-u-r, moi je voulais parler d'échanges scientifiques, nous aussi nous ramenions des connaissances et du savoir faire ! Nous sommes partis et nous n'avons pas donné suite c'était juste avant le meurtre des deux français[2] .»

Je ne pense pas que la Gestapo puisse être décrite quelque part comme une expérience qui a été sympathique même par de hardis révisionnistes. Or cette recherche de la relation bienveillante n'est pas le monopole de l'anthropologie. De ce fait le malaise ne venait pas uniquement de moi, elle m'a permis également en 2012 d'en parler pour la première fois en dehors du cercle de mes directeurs. J'ai été tout au long de mon séjour en incapacité de me situer en dehors du registre émotionnel. Du point de vue méthodologique, l'expérience de ce terrain qui n'eut pas lieu m'a permis de voir que l'ethnographie ne va pas de soi et qu'il est naïf de croire que les gens connaissent nos pratiques et vont l'avaliser, l'exercice d'expliquer ma propre pratique, un minimum de pédagogie (comme j'ai pu le faire dans d'autres cercles de sciences dures mais l'apprentissage a favorisé cette démarche) en dehors d'apparents

1 Voir à ce titre Marina Avanza, 2008, pages 41-58

2 Entretien, Montpellier le 03 avril 2012

préjugés qu'avaient le directeur sur les sciences sociales se basant sur les « on dit » aurait certainement soulevé plusieurs malentendus du moins chez les autres membres du personnel.

D'autre part et cette explication est la plus centrale, cet échec est en partie due comme ce que je considérai comme le reflet d'une violence qui a pris ancrage dans une relation de pouvoir entre la hiérarchie supérieure et l'anthropologue dès le début et auquel je n'ai pas tenté de mettre un frein. Les étapes de sabordage ne peuvent qu'éclairer les spécificités du lieu d'enquête mais aussi orienter vers des questionnements qui une fois qu'ils transcendent la question de la domination symbolique exercée par une personne au sommet de la hiérarchie et sure de son autorité dans un espace médical, pose la question des fondements d'une telle crispation sur le travail ethnographique et le projet qu'il porte. On l'a déjà dit ceux qui ont un capital symbolique fort n'aiment pas être objet de recherche, des chercheurs encore moins. Ceux qui le font dans un contexte lourd de sens, à la croisée de l'héritage colonial de la France, du contexte postcolonial et de l'influence de la filiale française représentée par ce directeur souhaitent encore moins rentrer dans le jeu de l'ethnologie. Par ailleurs les enjeux politiques forts existent dans le cadre de la recherche, l'histoire de Sidath Siddo en est un exemple frappant autant que le degré d'information détenu par les chercheurs qui va du plus informé (le français) au moins informé (le nigérien)[1]. Beaucoup de sujets ont été soulevés dans le cadre de cette enquête poursuivie en dehors de l'IRSMI, il apparaît par exemple que les nigériens n'ont jamais été au courant des raisons de suspension d'essai clinique sur la bilharziose et sur la méningite (1997) alors que les chercheurs français en donnaient clairement les raisons en mettant en lumière les arbitrages qui ont échappé aux chercheurs nigériens eux-mêmes. L'accès à l'information est par conséquent inscrit dans les rapports locaux de domination, d'hiérarchisation et de racialisation comme l'est l'accès à la science et au savoir et cela l'historien de l'Afrique centrale ne pouvait en faire l'expérience du fait qu'il est français et non sénégalais.

Par ailleurs, le canevas de recherche en lui-même était problématique dans son contenu. On peut se demander si faire la micro histoire en amont convenait réellement à cet objet de recherche, je ne suis pas historienne. Or, en voulant matérialiser le lieu dans sa dimension historique, je touchais à la corde sensible d'un centre de recherche en plein questionnement institutionnel et stratégique travaillé par des dissensions, des dénonciations entre personnel, un ensemble de « choses » qui font l'existence, la vie d'une institution mais qui sonnait l'ère du confinement et pour les plus radicaux des « pires moments[1] » en opposition avec la politique bureaucratique, scientifique et administrative précédente perçue comme « détendue[2] » « motivante[3] ». Au moment où le l'institut franchissait une nouvelle étape de la recherche balançant entre la pureté clinique et le nettoyage administratif, un représentant des sciences sociales lorgnant les activités des chercheurs et cueillant les « on dit[4] » faisait tâche à ce moment précis. En risquant de mettre le doigt sur les nouvelles dimensions politiques et sociales du travail de recherche, ne mettais je pas le doigt sur des problématiques sensibles? La trajectoire singulière autant que paradoxale de cette institution, les enjeux de recherche et les épreuves qui sous tendent son évolution donnent un éclairage fondamental sur une anthropologie politique de la recherche appliquée à la santé publique.

Je considère en rapportant les conditions de l'enquête qu'il était utile d'être honnête avec mes propres pratiques ethnographiques ce qui n'est pas toujours le cas ailleurs, même si aujourd'hui l'exercice de la subjectivité donne cette impression alors qu'il s'agit aussi de texte performatif, d'un constructivisme exacerbé. Je ne pense pas que la légitimité de l'ethnologue sur un terrain dépende de sa capacité à l'imposer comme le dit Dominique Memmi[5] si légitimité devrait être pris dans son sens étymologique : « faire subir, faire accepter par contrainte ». Par contre la légitimité à s'imposer du chercheur peut aussi signifier, la capacité de dire de quoi l'anthropologie est faite et comment elle discourt sur son objet ce qui sans

1 Propos d'un ancien chercheur de l'IRSMI, épidémiologiste, responsable programme bilharzioses au Niger, 19 mars 2011. La même expression a été utilisée en janvier 2012 par le documentaliste du centre en m'envoyant par mail ses nouveaux vœux pour l'année

2 Ibid.

3 Ancien chercheur de l'IRSMI, épidémiologiste, responsable programme bilharzioses au Niger, 19 mars 2011

4 Terme du directeur dans un entretien où il s'étonnait que nos « sciences » se fondent « toute même » sur les « on dit »

5 Propos tenus lors des premières journées SPPS, mai 2009

doute plus proche de ce que Memmi a voulu dire et qui dans son insuffisance a précipité la faillite de l'anthropologie sur ce terrain. Le terrain c'est aussi là où on veut aller et rester, des gens avec qui on aime interagir, c'est dans ce cadre que peut d'ailleurs être pensé une éthique de l'enquête comme une rencontre avec l'autre dans le sens d'aller vers l'autre. Isabelle Rivoal en relatant un huis clos ethnographique au Liban pose au préalable ce qui est un truisme dans la discipline :

> « La relation ethnographique reposerait sur un idéal de collaboration nécessaire à la possibilité même du projet anthropologique et actualisé sur le terrain en complicité[1].»

L'engagement dans la relation, cette « épistémologie de la rencontre[2] » constitue l'éthique de la recherche .Cette expérience de terrain conduit à reconsidérer non seulement la fragilité de notre discipline face aux sciences biomédicales, mais également la fragilité de notre posture de chercheur ni tout à fait dedans, ni totalement dehors du monde social qu'il étudie, quoique cet entre deux soit souvent le gage de l'adoption d'une réelle posture critique à l'intérieur des sciences sociales.

1 ISABELLE RIVOAL, « Un huis clos ethnographique ou l'impossible enquête chez un ancien milicien libanais », Ateliers du LESC [En ligne], 33 | 2009, consulté le 12 août 2012. URL : http://ateliers.revues.org/8217

2 Ibid.

Chapitre 4. Le temps de la pandémie

« *Étrange maladie qui renaît tous les ans de ses cendres, mais qui parfois se gonfle en d'imprévisibles et violentes flambées épidémiques, ravageant toute une région, laissant derrière elles des milliers de morts, des aveugles, des sourds, des enfants handicapés pour toujours* » Léon Lapeyssonnie, Comme un feu de brousse, soudan 1974, page 2, Archives IMTSSA Marseille.

Ouvrir un dossier de mobilisation telle que la pandémie de méningite des années 1990 se justifie au regard de ce que ce moment important dans l'histoire de la maladie au Niger mais aussi dans les pays du Sahel africain révèle des moments d'incertitude, de déplacement, de remise en question de la stratégie de la vaccination. Ensuite ce chapitre est fondamental pour comprendre la naissance du comité national de gestion épidémique du Niger (Chapitre suivant). La pandémie illustre une période charnière, dans la mesure où elle marque les transformations du contour du problème. Elle est avant tout un moment de grande incertitude qui fait éclater les compromis et les silences dans lesquels les mesures et les instruments de l'action publique étaient cantonnés. Ce moment d'incertitude s'est matérialisé par une controverse scientifique et technique qui est un moment de remise en cause et de critique de la stratégie de santé publique autour des épidémies de méningite au Sahel. Je propose de faire un arrêt sur ce moment d'incertitude scientifique qui s'est matérialisé dans la critique. Un tel programme nécessite de faire une analyse de ce qui apparaît pour les contemporains et notamment, les autorités politiques et sanitaires du Niger, comme une catastrophe sanitaire. La restitution de celle-ci s'est faite par allers-retours entre histoire orale, lecture de rapports de santé et de journaux de l'époque ainsi que par des entretiens. L'approche consiste à s'attacher à un discours à posteriori. Ce travail a ses limites, celles de la difficulté de retrouver certains documents cités par les témoins et des enregistrements non conservés dans le contexte mouvementé qui a précédé d'importantes réformes institutionnelles. Les limites de l'approche historiographique ont été contrebalancées par une ethnographie qui prend pour unité d'observation les documents de presse et reste attentif au mouvement du discours journalistique, tout en recourant aux entretiens. Il y a par ailleurs la difficulté méthodologique

de faire une analyse objective et distanciée d'un événement chargé d'un poids émotionnel fort. Un autre parti pris est celui de faire une reconstitution au sein des acteurs de santé et des politiques dans la mesure où ils sont largement la population d'étude de ce travail et que retrouver les populations en épidémie dans le présent est un travail qui a été accompli dans le dernier chapitre de thèse concernant l'épidémie de 2009 à Keita. Par ailleurs, c'est la perspective du récit à deux voies (entre archives et discours d'acteurs) que je vais poursuivre. Ce regard renouvelé dans le temps est essentiel pour comprendre les controverses actuelles autour de la politique de santé publique participant à la dynamique de construction du problème.

4.1 Une pandémie qui ouvre la boîte de Pandore

L'épidémie de méningite de 1995 est considérée par plusieurs acteurs de la santé, comme l'épidémie la plus désastreuse de l'histoire de la méningite au Niger. Cette assertion se base sur des données statistiques comparant les relevés des chiffres sur la morbidité et la létalité depuis le début du siècle. Le Niger comptabilise plus de 41 000 malades et 3639 morts chiffres avancés par ce qui est alors la Direction du Système Nationale d'Information Sanitaire (DSNIS)[1] qui deviendra le SNIS puis DSSRE. Ces chiffres sont pour les acteurs de santé bien en dessous de la réalité puisqu'ils ne correspondent qu'aux malades ayant visité un centre de soin. Or il a été souligné à plusieurs reprises dans la période contemporaine, que plusieurs malades mouraient chez eux et que ces derniers échappant ainsi aux statistiques de santé.

L'épidémie de méningite de 1995, s'inscrit au sein d'un phénomène plus vaste, celle d'une pandémie de méningite qui a commencé au début des années 80, mettant en cause une souche clonale complexe du groupe A[2]. La formule antigénique permet aux scientifiques grâce à la

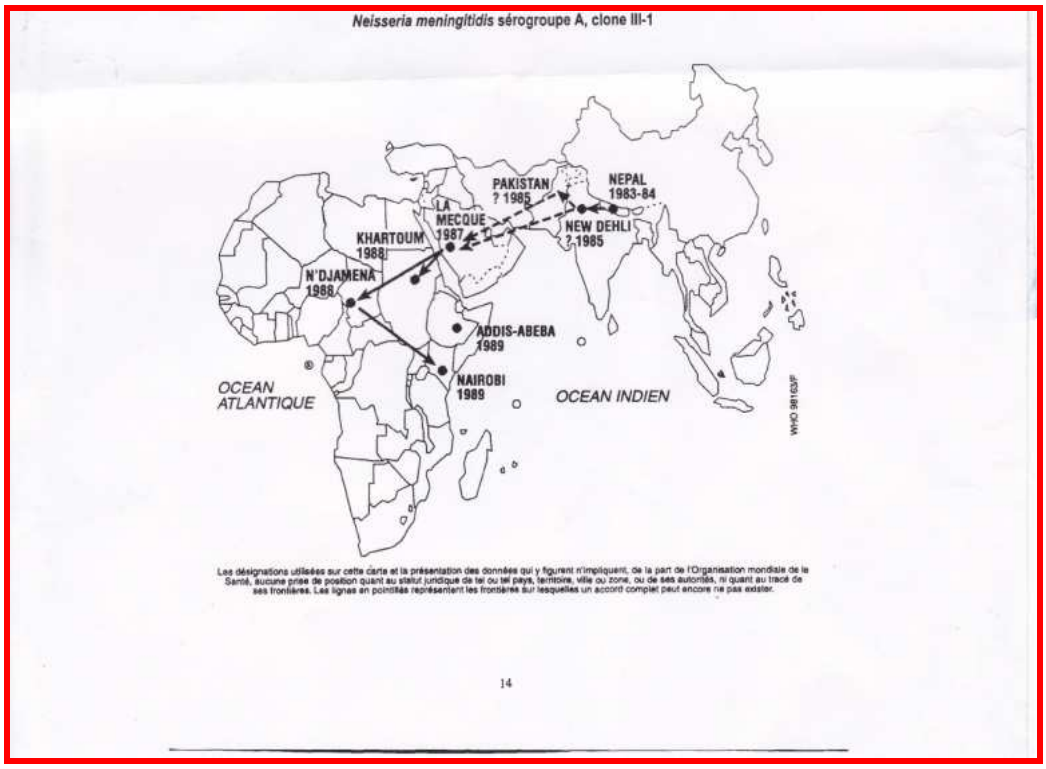
[1] MSP, Système national d'information sanitaire. Situation épidémiologique : 1995-1996, Archives Nationales de Niamey,43W275.5

2 Les scientifiques l'on nommé A:4:P.1.9 clone III-1. Le méningocoque est une bactérie qui comprend des sérogroupes (Ici il s'agit du A) des sérotypes (4), des sous-types (P.1.9) et des clones (III-1). Le clone est une population de cellules dérivée d'une unique cellule. La technique qui permet de déterminer des sous types et des clones est le séquençage qui est une technologie de la biologie moléculaire.

biologie moléculaire qui a mis en place des techniques innovantes, le traçage de la bactérie de déterminer sa provenance et son parcours. La souche mise en cause, a été bien auparavant détectée dans des prélèvements à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne, notamment au Niger sans y causer d'épidémie majeure. Les bactériologistes parviennent à reconstituer son parcours en montrant qu'elle a émergé en Chine en 1966, puis s'est diffusée à Sao Paulo et en Finlande une dizaine d'années plutôt, causant à l'époque des vagues d'épidémies notamment en Amérique du sud. Après une période de silence que les scientifiques ne parviennent pas à expliquer, on voit ré-émerger le même clone. Dans les années 1980, elle apparaît à nouveau. Cette décennie correspond à ce que les scientifiques appellent la seconde phase de la pandémie. Elle débute pour la seconde fois en Chine en 1983, avant de toucher le Népal, puis de s'étendre au nord de l'Inde. En 1987, ce sont les villes de l'Arabie Saoudite: la Mecque et Médine qui enregistrent 7000 malades lors du pèlerinage. L'épidémie se manifeste au mois d'août de la même année aux USA, au retour des pèlerins de la Mecque puis dans le nord et l'ouest de l'Europe, avant de se propager en Afrique, où elle pénètre dans le continent par la partie est, rampant au nord de l'Afrique centrale avant d'atteindre les pays de l'Ouest. L'Éthiopie subit une épidémie en 1989, l'année suivante c'est autour du Kenya, le Soudan et le Tchad en 1988 puis en 1993[1]. Dans la moitié des années 1990, le Niger et le Nigeria enregistrent l'épidémie de méningite la plus meurtrière jamais vécue au 21ème siècle. Les deux pays comme unis par un funeste destin épidémique paieront le plus lourd tribut comme habituellement dans l'histoire africaine des épidémies de méningites.

1RIOU, J. Y, et al. (1996). "A predictable comeback: the second pandemic of infections caused by *Neisseria meningitidis* serogroup A subgroup III in Africa, 1995." *Bulletin of the World Health Organization* 74(2): 181.

Carte 4 : Circulation du clone de la pandémie à partir des années 80



Source : OMS, Niger

Les épidémies des années 1990 ont de particulier, leur débordement des frontières de la « ceinture classique » de la méningite. Cet élargissement va susciter l'inquiétude des bactériologistes et des épidémiologistes. En effet pour beaucoup, c'est la consternation devant ce qui est considéré comme le résultat de la virulence du méningocoque qui embrase plusieurs pays et différents groupes d'âges[1]. Pour d'autres scientifiques tels que les chercheurs penchés dans leur laboratoire à l'IRSMI, cette épidémie était en somme prévisible au vu de sa progression dans l'espace (Est vers Ouest), de la configuration écologique des pays du Sahel ainsi que de la bactérie hautement pathogène mise en cause[2]. Une question est commune aux publications à l'époque : est-on en face à l'éclatement de la ceinture de la méningite et faut-il revoir l'épidémiologie de celle-ci ? Or l'on oublie souvent que Lapeyssonnie présageait déjà

1L'incidence chez les sujets américains par exemple est 3500 fois supérieure à la normale lors des épidémies courantes au sein du continent selon MOORE, P.S, HARRISON, L.H., TELZAK, E.E., AJELLO, G.W, BROOME, C.V., (1988) Group A meningococcal carriage in travelers returning from Saudi Arabia, JAMA: *The Journal of the American Medical Association,* 260 (18), 2686-2689

[2] RIOU et al, op.cit

dans les années 1970, que la ceinture de la méningite : « envoie un prolongement vers le balcon méditerranéen de l'Afrique, qu'elle s'étend à la péninsule arabique, en Irak, en Iran, au Pakistan. Peut être atteint-elle aussi la Chine des grands espaces de la Mandchourie[1]? » Cette considération hypothétique semble se confirmer à la fin des années 1980 et dans les années 1990 même si, elle avait été rangée dans les tiroirs des milieux scientifiques et des planificateurs de la politique de santé publique. La méningite épidémique va révéler sa capacité à se saisir d'un espace plus grand sous forme de menace mouvante ne se satisfaisant plus de la ceinture africaine, où les experts l'ont cantonné pendant plus d'un demi siècle. La pandémie va constituer de ce fait un important tournant dans la manière de percevoir ces épidémies contemporaines à l'ère de la globalisation[2]. La croyance la plus enracinée que l'on doit paradoxalement à Lapeyssonnie, à savoir que la méningite épidémique est un « problème spécifiquement africain », va tomber en fracas devant l'épidémie intercontinentale et abroger quelques certitudes. Si dans les années 60, le médecin militaire a qualifié la méningite comme un problème sanitaire préoccupant en soulignant son impact sanitaire et démographique ; les années 1970 ont été marquées par une innovation vaccinale qui avait autorisé des espoirs dans la maîtrise des épidémies. L'arrivée de la génération de vaccins polysaccharides aux USA et le triomphe obtenu lors de la campagne vaccinale de Sao Paulo en 1974, avaient endormi quelque peu la vigilance des bactériologistes. La pandémie des années 1990 et plus spécifiquement la méningite de 1995 au Niger va mettre à nu la fragilité du système de santé de plusieurs pays africains, dont les gouvernements ne sont arrivés que trop tard, à juguler la crise sanitaire provoquée par la pandémie. En outre, celle-ci va faire prendre conscience aux pays situés habituellement à l'extérieur de cet espace écologique coupable, de leur vulnérabilité face à la mobilité et à la vitesse de propagation des germes. Il règne largement dans les représentations de la santé publique l'idée que la méningite n'explose que dans les pays de la ceinture. Cette affirmation sera institutionnellement remise en question par le guide de l'OMS publié deux ans

1 Voir LEON LAPEYSSONNIE, 1974.

2Entendu comme étant une compression de l'espace-temps et en tant que processus qui brouille les repères de celui ci pour abonder dans le sens de Marc Abélés : Communication à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Septembre 2011, Paris,

plus tard qui intègre les révisions demandées par les pays situés dans l'OMS Méditerranée visant définir le nouveau profil épidémiologique de la méningite[1].

Au Niger, la réponse à la flambée épidémique se fait attendre pour plusieurs raisons. J'en retiens trois principales, pour leur importance historique et la place que leur accordent les témoins lors des entretiens. L'aléa politique a été retenu par plusieurs témoins de qui confirment l'hypothèse, selon laquelle, les conditions politiques n'ont pas permis le contrôle à temps d'une épidémie de si grande ampleur. La question économique qui est un second aléa est matérialisée dans le délitement des systèmes de santé dans la plupart des pays et plus particulièrement au Niger. Un délitement dû principalement à l'étau resserré des institutions de Bretton Woods qui exigent des restrictions et des réformes économiques, sans compter le déficit budgétaire du pays qui en 1993 accuse 83 milliards de dette dont 23 milliards d'arriéré de salaire des fonctionnaires[2]. Certains acteurs de la société civile n'ont pas manqué rétrospectivement de rappeler que l'article de loi N°95-04 du 3 juillet 1995, relative au recouvrement des coûts et à son application a donné le signal à un désengagement progressif de l'Etat et à la « responsabilisation » des populations dans le milieu de la santé[3]. Les dépenses de santé bien qu'ayant augmentés dans les années 80, ils sont traduit par une diminution réelle des dépenses en francs constants ce qui ne permet pas cependant comme le signale A Dexesthle de MSF, de voir l'impact de la détérioration des systèmes de santé en Afrique[4]. Au Niger la pénurie de médicaments qui a défrayé la chronique dans les journaux en 1995 témoigne de cet état de délitement. La troisième hypothèse plus complexe et d'origine scientifico-politique a servi de trame dans une controverse restée solidement ancrée autour des politiques des épidémies de méningite en tant que problème de santé publique, qui concerne la pertinence de la stratégie vaccinale préconisée par l'OMS. Les scientifiques estiment qu'en dehors de la virulence intrinsèque du méningocoque, c'est la stratégie de contrôle elle même

---

[1] Organisation Mondiale de la Santé, 1997, Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque, Guide pratique OMS, page VII

2 EMMANUEL GREGOIRE, 1995

3 Alternative Espace Citoyen, 2009, Le droit à la santé au Niger. Rapport d'analyse des politiques et du financement de la santé de 2000 à 2008, Niamey, 76 pages

4DESTEXHE A, 1987

qui est problématique et inefficace. Afin de bien percevoir les enjeux qui sous tendent les justifications des acteurs, il est important de donner quelques détails des événements et de la manière dont a été géré cette crise sanitaire au Niger.

4.2 Diagnostiquer un événement

En novembre 1994, un nombre croissant de malades sont pris en charge par les structures sanitaires et les cas ne cessent d'augmenter jusqu'au mois de janvier, où les chercheurs de l'IRSMI commencent à recevoir dix fois plus que les échantillons de LCR obtenus à la même période de l'année précédente. Les tests montrent pour la majorité la présence de méningocoques, ce qui les pousse à faire une prospection bactériologique dans les villes aux alentours de Niamey. La suspicion d'épidémie va se confirmer par la suite. Les villes comme Dosso ont un nombre d'admissions de méningite cinq fois supérieures à la normale. A leur retour en fin janvier, un courrier dont la trace a été perdue, aurait été envoyé au ministère de la santé et reste sans réponse. En début février, une équipe de l'UNICEF, après une mission de terrain sur Tillabéry prévient les agents de l'OMS de la situation sanitaire. Des coups de fil sont échangés entre le cabinet du ministre et les partenaires bilatéraux. La situation de la plupart des institutions étatiques est quasi identique à la même période, il n'y a pas d'interlocuteur précis au sommet de l'appareil d'État après deux dissolutions de gouvernement, une motion de censure de l'assemblée nationale, sa dissolution et des élections législatives qui se tiennent entre septembre 1994 et janvier 1995. Le ministère de la santé a changé plusieurs fois d'organigramme et le service des grandes endémies qui assurait une médecine mobile de masse a été disloqué, ses agents éparpillés dans les différentes directions des ministères. Le 20 février le Secrétaire Général de la santé prend l'initiative de convoquer une réunion d'urgence. Celui que l'on appelle le SG a connu cinq ministres en trois ans qui se sont succédés au fil des crises politiques. Il est admis qu'il est temps d'alerter l'opinion internationale. Un comité de crise est institué qui comprend : les délégués des directions du ministère de la santé, les médecins, les responsable de l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), les membres de la coopération bilatérale (France, Corée, Danemark et Allemagne), multilatérale et

les chercheurs de l'IRSMI. Il est dit que la mission du comité de crise est de « canaliser, contrôler et superviser toutes les opérations[1] » liées à la gestion de l'épidémie.

Depuis quelques jours, au même endroit se déroule nuit et jour, un étrange ballet. Les sentinelles de ce qui était alors le SNIS ne savent plus où donner la tête. Ils montent la garde non loin de là, parfois à trois sur leur chaise, ou un fauteuil, une main sur un combiné de téléphone et une autre sur un stylo recueillant les nombres de malades et de décès transmis par des agents de santé dépassés par la situation dans plusieurs départements dont Doutchi, Tahoua et Maradi. On n'est pas encore à l'air d'Internet ou du portable, c'est par le biais des lignes fixes que les notifications se font et la plupart des centres de santé en brousse en sont dépourvus. Les sentinelles ont reçu l'ordre de ne pas bouger et de dormir sur place. Ils organisent un système de relais. La nomination d'un ingénieur des mines âgé de 40 ans comme Ministre de la santé fait grincer les dents au niveau de la presse. Les médias le soupçonnent d'accepter un « poste de compensation » après avoir échoué à se faire élire comme député. Certains se demandent « si le pire n'est pas à craindre ». Le 28 février lors de sa première prise de contact dans une réunion ministérielle avec les membres de son cabinet, le tout nouveau ministre de la santé établit que la première urgence du ministère reste la méningite épidémique. Il promet que toutes les mesures seront entreprises pour endiguer une épidémie précoce (plusieurs malades sont rapportés déjà en janvier) et pour calmer une population inquiète ayant cédé à la psychose[2]. Au début de mars 1995, le ministre qui a pris ses fonctions à peine dix jours plus tôt, est interpellé à l'assemblée nationale par les députés qui lui demandent de rendre compte de la situation de l'épidémie de méningite. Le débat qui a été préparé à l'avance a permis au ministre de rassembler quelques données sur la situation nationale et surtout d'insister sur la particularité géographique autant qu'écologique du Niger. Il n'est pas familier avec l'expression de la « ceinture de la méningite » mais ses bras droit au ministère préparent l'intervention à l'assemblée depuis qu'il a été averti et ont organisé le discours du ministre. A l'assemblée devant des députés attentifs taisant leurs dissensions face à la gravité du moment, le ministre rappelle que le Niger fait parti de la ceinture de la méningite et que le pays est même

[1] MAMAN BAKO, Le ministre de la santé fait le point de la situation épidémique : »l'épidémie de méningite qui sévit dans notre pays a déjà fait 529 décès à la date du 08 mars 1995 », *le Sahel Dimanche,*08 mars1995, ONEP Niamey

[2] MS, Procès Verbal de Réunion, février 1995

à « l'épicentre » de celle-ci, par conséquent, les conditions écologiques le prédisposent à une épidémie de cette ampleur[1]. Il présente au niveau des politiciens assez succinctement, les quelques détails qui lui ont été transmis par son SG, ainsi que les décisions prises au ministère de la santé le 20 février : appel à don, mobilisation des partenaires techniques, vaccination d'urgence avec la réserve nationale de vaccins contre la méningite dans Niamey, renforcement de la surveillance, mise en place d'une cellule de veille épidémiologique au ministère de la santé jour et nuit, établissement d'un budget pour la lutte épidémique. Les données sanitaires qui font état de milliers de malades et d'une centaine de morts, ont été compilées par le SNIS et les premières ébauches de décision qui se résument à des promesses de dons internationaux sont exposées. Le ministre de la santé promet que la lutte contre la méningite épidémique qui sévit dans le pays sera sa priorité principale. Il réaffirme être conscient de l'urgence. Le SG du ministre confirme l'importance accordée à l'époque à la mise en contexte de la méningite épidémique au Niger, du rappel de la position géographique particulière de son pays et insiste sur le fait que cette ceinture traverse de long en large le pays ce qui le soumet aux vagues épidémiques, qu'importe par ailleurs l'origine de la représentation géographique de l'espace en question:

> « Vous savez les épidémies de méningite ça arrivent à des périodes données elles surviennent dans une ceinture qu'on appelle comment déjà Lapey…Lapey… je ne sais plus comment y a un nom et le Niger est malheureusement traversé de long en large par cette ceinture[2]. »

Nommer est affectivement anecdotique, l'importance est d'objectiver le risque au Niger au sein de la presse. Ministre, SG et médias rappelleront en préambule la position du Niger incorporé dans la ceinture, sorte de fer rouge marquant un Sahel du risque. La méningite épidémique comme problème de santé publique devient ainsi inscrite dans la nature des choses, la méningite n'est au même moment, une situation exceptionnelle, mais un événement pathologique auquel on pouvait s'attendre. Le ministre va présenter un plan de riposte, expression consacrée pour batailler contre un ennemi dont l'empreinte est logée au creux d'un

[1] Témoignage du Ministre de la santé de l'époque, Niamey le 22 août 2011

[2] Ancien secrétaire général, entretien le 14 octobre 2011

espace inquiétant. Pourtant le stock de vaccins, quelque cent mille doses, est largement insuffisant pour contrarier l'avancée de la maladie. Un conflit empire la situation : la pénurie de médicaments due essentiellement à l'incapacité de l'ONPPC de satisfaire les besoins nationaux, d'honorer ses créances et de résister aux réformes. Un membre du personnel de l'IRSMI parti sur le terrain pour des investigations et ayant participé aux réunions de gestion de l'épidémie se souvient :

> « Il y avait des problèmes de trésorerie à l'époque, lorsque le comité prenait des décisions, le financement soit ne se faisait pas à temps, soit ne se faisait pas du tout. En 1995 on a couru derrière l'épidémie[1]. »

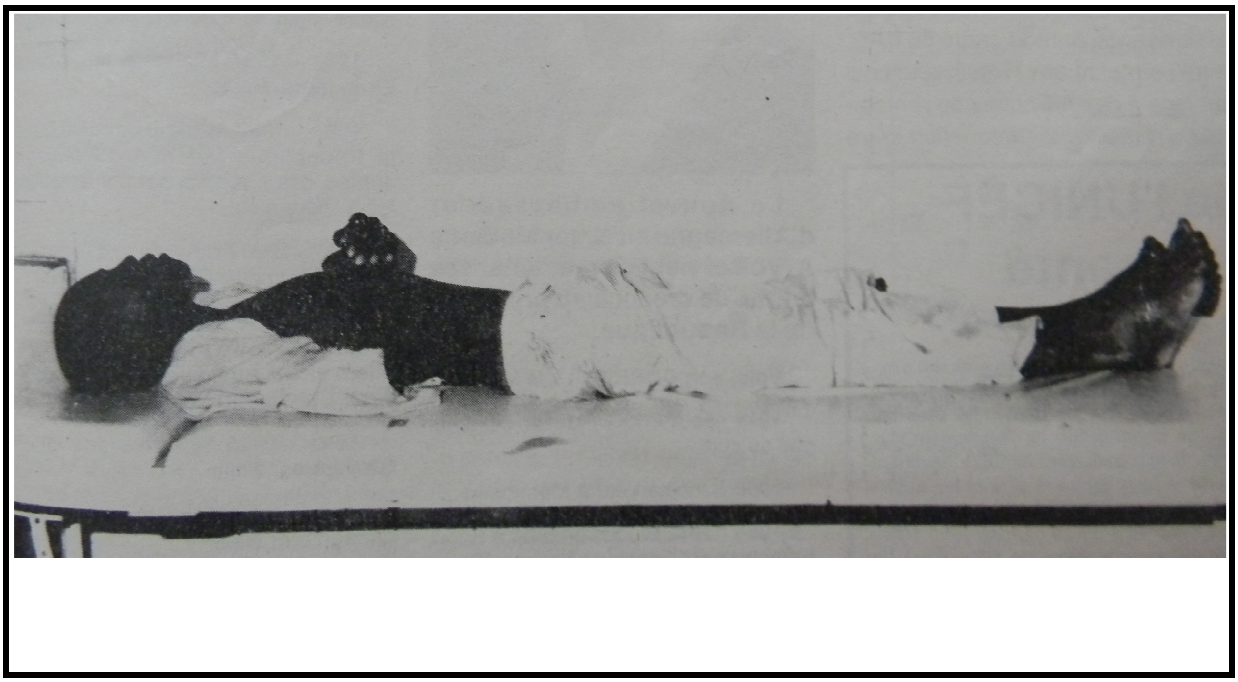
Le 1er mars, les médias opèrent un déplacement de leur centre d'attention, focalisés antérieurement sur l'imbroglio politique et les rapports ubuesques entre les autorités politiques. Les journalistes découvrent avec consternation le problème épidémique qui fait fureur. Le nouveau visage du champ médiatique est sans doute un facteur central dans l'événementialisation d'autant plus que la pandémie éclate au moment de la liberté de la presse au Niger. Le journal le Sahel livre le premier une enquête dans les arcanes de l'hôpital de Niamey[2]. Les journalistes semblent catastrophés par ce qu'ils découvrent, vu l'orientation emphatique de leurs propos. Une profusion de détails et de chiffres est donnée. On apprend qu'en 7 jours entre le 20 et le 27 février, l'HNN est passé de 20 méningitiques à 101, les malades sont installés par pair dans chaque lit, chaque place est optimisée au mieux et c'est d'autant plus aisé qu'il s'agit pour la plupart de jeunes corps amaigris et affaiblis. Puis c'est sur des nattes à même le sol que sont étalés des malades, les autres salles d'hospitalisation ont été réquisitionnées également pour installer les malades. Cet encombrement fait craindre aux médecins que bientôt il faille « installer les méningitiques dans les bureaux ». Les journalistes parlent de « spectacle poignant » et « saisissant ». Le lendemain, le journal Le Républicain sera

1 Un Bactériologiste de l'unité méningite de l'IRSMI, 29 mai 2009

2 Issaka Saïdou, Epidémie de méningite au Niger : situation préoccupante, 1er mars 1995, *Le Sahel* , ONEP Niamey

plus expansif. Il publie en une : « Epidémie de méningite, l'Etat impuissant[1] » accompagné de deux sous titres : « 2324 déclarés dont 274 décès ; le pays tout entier atteint les moyens manquent pour combattre le fléau ». Une photo montre un homme au corps raidi sur une civière décrit « raide comme un robot ». Un travail sur la représentation de la souffrance est faite à travers un procédé iconographique standard : parent au regard implorant assis près de son enfant inconscient sur un lit d'hôpital, corps décharnés d'enfants allongés ou encore cet adulte en posture de macchabée dont on ignore s'il est en vie ou s'il est mort.

Photo 4 : « un malade à son arrivée à l'hôpital raide comme un piquet »



Source : Le Républicain, mars 1995, ANN

Les médias s'inquiètent de ces « scènes insoutenables » et « regard indéfinissable d'enfants luttant contre la mort », de ces « robots » à côté de leurs « proches en désarroi ». L'hôpital n'est plus un lieu de vie où les malades viennent en principe pour retrouver la santé, mais un lieu de désespoir pour mourants allongés sur « des nattes ». Les pénuries de tout renforcent cette

[1] JOSEPH SAIDOU ALKAYE, L'épidémie de méningite : l'État impuissant. 2324 cas déclarés dont 274 décès, 02 mars 1995*, Le Républicain*, page 5, ONEP

impression de populations livrées à leur propre sort dans un lieu où on s'entasse et se dégrade. Les conditions de souffrance et de mort décrites de plus en plus avec force détails sont assimilées à une perte de dignité. La presse d'opposition change de ton au fur à mesure de l'aggravation de la situation (d'autant plus qu'une épidémie de rougeole vient se doubler à la méningite) et se dirige vers le blâme, des reportages qui choisissent de s'en prendre au personnel de santé témoigne de l'indignité d'une situation où il est de plus en plus difficile de faire l'économie du discours sur une éthique du prendre soin[1]. Les biens rares comme les vaccins sont donnés en priorité aux agents de santé et à leur famille qui délaissent la population, accusent le Républicain[2]. Certaines populations doivent leur salut à un élu originaire du quartier ou du village, « les interventions politiques intempestives[3] » sont pointées du doigt à travers des groupes de pression qui organisent l'accès aux vaccins. La pénurie accrue due à une conjoncture économique et politique profondément défavorable renforce cette impression de « médecine inhospitalière[4] » où le personnel de santé acculé à la peur se sert en premier et où le clientélisme fait fureur.

Dans certains témoignages obtenus chez quelques infirmières de l'époque, l'empathie est comme anesthésiée par ces scènes récurrentes de malades passant de vie à trépas, avant même que le diagnostic soit posé et par ces jeunes morts transportés par le personnel de soins à bras le corps, de la salle d'hospitalisation à la morgue :

> « C'était un travail à la chaîne qui s'effectuait et les collègues des autres services avaient pitié de nous car nous étions débordés[5] ! »

---

[1] SIM, Épidémies de méningite et de rougeole à Doutchi, l'Aréwa en désarroi, *Le Républicain* 16 mars 1995, ONEP Niamey

[2] Idem

[3] MSP, Réunion d'évaluation sur la gestion des infrastructures, des approvisionnements des épidémies, 18 juin 1995, ANN

[4] Voir JAFFRÉ Y et OLIVIER DE SARDAN, 2003

5 Entretien avec une Technicienne adjointe de santé, ancienne infirmière au pavillon Raymond Madras en 1995, février 2011

D'autres personnels de santé de l'époque estiment pour la plupart que si l'épidémie a pris une telle ampleur c'était la faute aux populations qui n'ont pas respecté les prescriptions de la santé publique comme les comportements jugés à risque :

> « Pour moi, c'était le manque de communication, la mauvaise conduite des populations et leur manque d'éducation sur la santé qui sont en cause. Pour la mauvaise conduite, je m'explique : les femmes violaient certaines consignes de sécurité en emmenant leurs enfants avec elles lors des visites à des parents malades. C'était irresponsable […] la solidarité nigérienne résistait car les familles continuaient malgré leur peur, à se rassembler autour de leurs parents contaminés. C'est d'ailleurs ce qui a favorisé la poursuite de la contagion. De plus malgré les consignes de ne pas sortir à certains moments de la journée comme le zénith, les gens continuaient à sortir dans la chaleur et le vent poussiéreux ! Ils ont donc gardé leur comportement habituel, et cela a, je crois, favorisé la contagion1. »

Le discours mêle plusieurs amalgames sur les facteurs de risque de la méningite et révèle le paradigme dominant mais faux de la contagion. Une réunion ministérielle estime que « la panique généralisée de la population nuit à la bonne exécution des stratégies de vaccination[2] ». L'analyse à posteriori du déroulement de l'épidémie de 1995 par le personnel de santé attribue souvent aux comportements des populations les causes de la propagation de l'épidémie dans la cité. Pour le personnel médical interrogé, tout se passe comme si les conduites des individus considérées comme néfastes étaient à la source de la gravité de l'épidémie dans la société. Les discours des médecins différent de l'indignation des journalistes rejetant la faute sur la pratique des professionnels de soins. Ce que les médias nigériennes désignent comme le « cauchemar » est d'autant plus prégnant que « la situation est suffisamment grave pour redouter des cas supérieurs » à ce qui est annoncé. Les jours suivants, le discours médiatique fournit une variation de chiffres sont rompu par des formules telles que « la miséricorde divine épargne les membres de sa famille ».La guerre par les chiffres semble être déclaré, le Sahel, journal proche du pouvoir reprenant un article de

---

1 Idem

2 MSP, Réunion d'évaluation sur la gestion des infrastructures, des approvisionnements des épidémies, 18 juin 1995, ONEP

l'AFP donne en avril un bilan de 2000 morts[1], quand un mois avant le Républicain proche de l'opposition fait état de 5000 morts dans le pays. Les chiffres varient d'un reportage et d'un journal à un autre parfois ils sont 10 fois supérieurs à la morbidité annoncée par une autorité ministérielle quelques jours plutôt : alors que deux semaines plutôt la mortalité était à 274 décès, le 16 mars 5000 morts sont annoncés, attribués à une réunion d'information du ministre de la santé tenue le 03 mars[2]. A la mi mars, l'OMS publie les premières données relatives à la pandémie en Afrique, les données du Niger font état de 5815 cas et 605 décès[3]. Pour éclaircir la situation épidémiologique, le ministre de la santé refait un communiqué soulignant que les chiffres avancés dénotent du progrès dans la notification des cas et de la rigueur dans la surveillance épidémiologique[4]. Le traitement médiatique du fléau révèle la position dominante des épidémiologistes, il est donné crédit à leurs statistiques publiées en centre de page avec un bilan pour chaque région ainsi que la précision de leur travail. La ceinture de la méningite par exemple va rejoindre l'imaginaire des journalistes qui en font le préambule de leurs articles qui relaient les communiqués qui se multiplient. L'expression est liée à un Sahel exposé à un environnement hostile balayé par les vents de sable qui apportent leur lot de maladies. Il n'est plus la formule favorite réservée aux épidémiologistes qui en font l'introduction de leur article publié dans des revues réservées aux pairs. Le directeur adjoint du système d'information sanitaire, l'épidémiologiste et médecin, le Dr Mounkeila a signé le relevé de morbidité et de létalité apparaissant dans le journal Haské[5]. L'autorité des épidémiologistes est d'autant plus avérée qu'il ressort que les politiques s'appuient sur leurs évaluations qui fondent un pan du savoir biomédical de la santé publique, notamment de leur représentation de cet espace pathogène coupable dans lequel le Niger est logé. Les arguments chiffrés avancés par le SNIS confortent cependant les médias dans l'idée que la situation est préoccupante et que décidemment le gouvernement a pris du retard dans la réponse à

---

[1] AFP, Epidémie de méningite près de 2200 morts au Niger, repris par le Sahel du 10 avril 1995, ONEP

[2] JOSEPH SAIDOU ALKAYE, L'épidémie de méningite : l'État impuissant. 2324 cas déclarés dont 274 décès, 02 mars 1995, *Le Républicain*, page 5, ANN et SIM, Épidémies de méningite et de rougeole à Doutchi, l'Aréwa en désarroi, *Le Républicain* 16 mars 1995, ONEP

[3] OMS, bulletin épidémiologique hebdomadaire, 70 (12), 1995, pages 81-88

[4] AFP, Epidémie de méningite près de 2200 morts au Niger, repris par le Sahel du 10 avril 1995, ONEP

[5] SEIDIK MAMADOU ABBA, 1995, Méningite déjà 931 morts, Journal Haské n°119, page 6, ONEP Niamey

l'épidémie. Ce n'est qu'en avril qu'un bilan national proche de la réalité est avancé par les médias, 22 000 malades dont 2190 morts[1].

Les reportages se focalisent longtemps sur Niamey alors que les départements de Doutchi, Tahoua et Maradi et leur périphérie vivent une situation sanitaire désastreuse due à la méningite à laquelle s'est ralliée une épidémie de rougeole[2] depuis près de deux mois, sans que l'alerte ne soit suivie de mesures immédiates. Les médias donnent au début l'exclusivité à la situation épidémique de la capitale qui va bénéficier du privilège sanitaire due à sa position urbaine et centrale. Un hangar est bientôt installé dans la cour de l'HNN pour recevoir l'afflux de malades souvent arrivés trop tard. La morgue est remplie et les infirmiers sont eux-mêmes obligés de porter dans leurs bras, les cadavres d'enfants[3]. La prise en charge des corps morts va poser un problème d'autant plus que ceux-ci vont êtres bientôt posés à même le sol, lorsque du fait de l'engorgement et du désordre, les familles tardent à opérer la levée du corps[4]. Le 11 mars, le ministre de la santé et le président de la république Mahamane Ousmane inaugurent l'ouverture du lazaret, un centre d'isolement autant pour éviter sur le tard une proximité dangereuse que pour décongestionner l'hôpital national. Le lazaret est installé sur un site d'un ancien chantier d'hôpital qui n'a jamais vu le jour à la périphérie de la ville. Les prochains malades sont admis dans 14 hangars et 70 lits. Onze jours plus tard, les six infirmiers et un médecin qui travaillent sur le site ont reçu 605 malades dont 110 décèdent. Ils demandent des renforts pressants notamment de la communauté internationale.

---

[1] Le bilan réel retenu par le MSP est de 3639 morts

2 Les épidémies de rougeole vont souvent de pair avec les flambées de méningite épidémique et font leur lit dans les zones où le taux de malnutrition est important comme au Niger. La peur suscitée par la méningite détourne les autorités sanitaires de la prise en charge des épidémies de rougeole, certains observateurs humanitaires estiment qu'en 2009, le Niger est passé à côté d'une épidémie de rougeole par exemple. Le bilan de la rougeole et d'autres épidémies sont de ce fait négligé dans l'approche globale de l'impact des épidémies et l'on peut s'interroger sur les cas probables d'erreur ou de confusion de diagnostic en temps d'épidémie comme il a été relevé dans l'Ader et leur poids dans les statistiques sanitaires. La rougeole se manifeste comme la méningite par une forte fièvre et dans les cas graves par une inflammation du cerveau.

[4] Un fonctionnaire du MSP, ancien infirmier de l'HNN, février 2011

En mi mars un reportage décentralise et décentre l'épidémie de Niamey pour s'intéresser à l'hôpital de Doutchi où la situation est décrite ainsi : « Les malades sont agglutinés comme des mouches dans tout ce qui peut servir de lieu d'accueil[1] ». Une équipe de MSF est dépêchée à Doutchi ainsi qu'à l'est du pays où des campagnes de vaccination de masse s'organisent. La situation devient difficile lorsque la pénurie de médicaments signalée au début de l'année dans les pharmacies d'approvisionnement se fait de plus en plus ressentir. L'ONPPC traverse une crise profonde, due notamment à sa résistance aux réformes demandées par les partenaires internationaux. La démission du ministre de la santé est demandée à cor et à cri par les pharmaciens. Le vaccin qui coûte 4500 francs à 5000 francs la dose est une ressource rare, dont l'accès est un privilège de riches. Or, comme le rappelle le quotidien Haské du 20 mars : « Certaines familles nigériennes n'arrivent plus à faire face aux préoccupations alimentaires quotidiennes[2]. » La méningite revêt très vite des traits personnifiés, un autre journaliste du Républicain le décrit sous les trait d'un faucheur : « à Doutchi, la mort est présente partout. Sa dague en bandoulière elle nargue les plus faibles surtout les enfants[3]»

Les enterrements successifs entraînent un phénomène de panique qui poussent les grands commerçants à investir les pharmacies et à organiser une pression sociale pour obtenir des vaccins à distribuer à leurs proches. Un appel de bonne volonté lancée à la réunion de gestion de la crise par les autorités ministériels aux ONG et membres des coopérations multilatérale et bilatérale commence à être entendu d'autant plus que les appels se renouvellent. Bientôt un défilé humanitaire s'organise : la France, les USA, la coopération danoise et coréenne, le mouvement des femmes révolutionnaires libyennes, le royaume de l'Arabie Saoudite, l'OMS et l'Unicef contribuent à une hauteur de 3 millions de doses de vaccins et des centaines de millions de francs à la lutte contre l'épidémie. La campagne de vaccination nationale ouverte le 09 mars 1995, occasionne des bousculades difficiles à maîtriser dans la ville de Niamey et qui sont relatés par les médias. Des proches d'hommes politiques veulent que leur circonscription administrative soit servie en premier et usent de leur capital relationnel en faisant la pression directement sur un ministre ou un député. La panique a gagné du terrain notamment chez les populations urbaines

[1] SIM, Épidémies de méningite et de rougeole à Doutchi, l'Aréwa en désarroi, *Le Républicain* 16 mars 1995,ONEP

2 SEIDIK MAMADOU ABBA, 1995, ibid.

3 Epidémie de méningite à Doutchi. L'Arewa en désarroi, Le Républicain, 16 mars 1995, page 2, ONEP Niamey

qui demeureront dans les années à suivre celles qui extériorisent le plus les peurs suscitées par les épidémies de méningite.

Revenant sur cet épisode un agent du ministère de la santé qui passait ses nuits au SNIS afin de compiler les données statistiques des centres de santé et hôpitaux et d'organiser la réponse à l'épidémie affirme :

> « C'était la panique. Vous savez, la communauté dans son ensemble est sensible surtout par rapport à la méningite [...] Les gens aiment la vaccination contre la méningite puisqu'ils savent ce que c'est. Dès qu'on dit qu'il y a méningite, les gens sont pris de panique et ils veulent se faire vacciner. Ce n'est pas comme la polio où les gens ne veulent pas. Il suffit qu'on dise méningite tout le monde veut se faire vacciner[1]. »

Cette peur profondément ancrée encourage de ce fait comme l'explique ce technicien de santé, une défiance vis-à-vis d'autres interventions biomédicales sur le corps, considérées comme n'étant pas prioritaires[2].La maladie fait ressortir les fantasmes les plus angoissants liés à la pétrification d'un corps (comme un robot) qu'on ne peut plus contrôler et qui conduit soit à la déchéance neurologique soit à la mort.

La méningite est en outre une maladie contre le temps, comme le souligne les journalistes du Républicain de l'époque: « toute attente et perte de temps peut être fatal[3] ». Elle est aussi une maladie du temps ; l'explication étiologique privilégiée par les médias insiste sur le rapprochement entre un phénomène climatique récurrent et l'épidémie au Niger reprise chez les épidémiologistes et les politiciens:

1Témoignage d'un technicien supérieur en épidémiologie à la DSSRE, Niamey août 2011

2Des boycotts ont eu lieu à Agadez et à Tanout dans l'est du pays par des campements Toubou (groupe ethnolinguistique vivant à cheval à l'est du Niger et au Tchad) et une famille touareg en 2008 contre la vaccination antipolio, les éleveurs protestant contre l'indifférence des autorités après la perte de plusieurs membres de leur famille durant une épidémie de méningite. Communication documentée de Yolaine Ferrier, Doctorante en anthropologie du pastoralisme au Niger.

3 JOSEPH SAIDOU ALKAYE, L'épidémie de méningite : l'État impuissant. 2324 cas déclarés dont 274 décès, 02 mars 1995*, Le Républicain*, page 5, ONEP Niamey

> « L'harmattan ce vent chaud et sec en permanence, à pareil moment, y est pour quelque chose: il brasse dans l'air une multitude de germes et ce vent chaud et sec a aussi et surtout cette particularité de fragiliser les muqueuses des individus, les rendant ainsi sensibles[1]. »

Le moment climatique crée donc des circonstances morbides. L'imputation causale d'ordre environnemental est reprise témoignant des circulations entre science et cité. Le Sahel du 02 avril 1995 rappelle que les zones sahéliennes sont un terrain propice aux épidémies de méningite du fait de l'harmattan qui y souffle. L'influence accordée aux caractéristiques de l'environnement sahélien dans l'explication étiologique est retransmise par les médias aux populations. Elle a servi à canaliser l'attention de l'assemblée par un discours où l'affliction est la résultante d'un environnement spécifique avec un objectif non avoué : minimiser les responsabilités étatiques.

La crise sanitaire de 1995 est inscrite dans un contexte sociopolitique au Niger particulièrement important pour constituer un tournant dans l'histoire politique du pays. De même, l'épidémie de méningite de la même année constitue un tournant dans la politique de santé publique. Elle n'est pas une première, 1960, 1986 et dans une moindre mesure 1994 avec ses 11 000 victimes dont 965 sont décédées marquent par leur ampleur et leur impact désastreux sur le système de santé du pays, des moments qui sont liés à une histoire politique et économique du Niger. Néanmoins la méningite de 1995 est aux yeux des experts en santé publique une « catastrophe[2] » singulière. L'importante couverture médiatique révèle une mise en événement de la crise sanitaire, au moment où les services sanitaires sont en surcharge, elle n'est pas essentiellement tournée vers une recherche de causes ni une accusation. L'analyse de la presse de l'époque montre qu'un seul article sur la situation à Doutchi est rédigé sous le mode du blâme. Il est important de mettre en lumière les facteurs et expliquer les mécanismes qui ont de prés influencé le bilan sanitaire de l'époque.

1ISSAKA, H., Maladies des enfants au Niger. Epidémie en série, Le Sahel, dimanche 08 mars 1995, page 2, ONEP

[2] SEIDIK MAMADOU ABBA, op.cit.

4.3 Une épidémie noyée dans « l'ère de l'euphorie démocratique »

Denial is most often a social act. Kleinmann A., The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition, Basic Books, 1989

Si l'occurrence des épidémies de méningite peut n'avoir rien d'inédit lorsque l'on replace celles-ci dans leur contexte, il est important de faire le même exercice pour la pandémie qui a frappé le Niger en 1995. Le but de cette partie sera de diagnostiquer l'événement en tenant compte du contexte de l'époque et notamment, de la situation politique et sociale.

Chez les personnes interrogées dont les politiciens, le facteur sociopolitique est à tenir en compte. Le début des années 1990 voit dans plusieurs pays africains, l'instauration de conférences nationales aboutissant à une ouverture démocratique et l'entrée dans le jeu politique, des partis d'opposition. Le Niger n'est pas en reste[1] sauf qu'en 1994, l'explosion de l'alternance démocratique appelée Alliance des Forces du Changement (AFC), conduit le président à perdre la majorité à l'assemblée nationale. En septembre 1994, le premier ministre Mahamadou Issoufou[2]du Parti nigérien pour la démocratie et le socialisme (PNDS-Taraaya) claque la porte de la primature pour protester contre le peu de pouvoir qu'il possède sur l'appareil d'état. Il s'allie au Mouvement National pour la Société du Développement (MNSD). Le Président de la République du Niger, Mahamane Ousmane nomme alors Souley Abdoulaye, comme premier ministre, une nomination contestée par la majorité qui vote à l'assemblée, une motion de censure qui va renverser le 16 octobre le nouveau gouvernement. Le lendemain Mahamane Ousmane dissout l'assemblée nationale, démissionne Souley Abdoulaye, le renomme premier ministre, et le recharge de refonder un nouveau gouvernement. En début novembre, les fonctionnaires nigériens décident d'organiser des grèves de 48 heures tous les mercredis et jeudis. Le Président de la République convoque le 12 janvier 1995, après plusieurs reports, les nigériens à des élections législatives. La réponse des urnes remet le président en mauvaise posture, il est obligé de composer une seconde fois avec des opposants majoritaires

[1] Voir à ce titre : ALI ILLIASSOU & MAHAMAN TIDJANI ALOU, 1994, Processus éléctoral et démocratisation au Niger, Politique Africaine, n°53, pages 128-132

2 Il a été nommé président de la république du Niger par suffrage universel en mars 2011 après un an de règne des militaires au pouvoir arrivés par coup d'état.

au parlement qui raflent 43 des 83 sièges[1]. Le président choisit alors un ancien fonctionnaire de la Banque Mondiale, membre de la mouvance du MSND comme premier ministre mais, les opposants majoritaires ne sont pas d'accord et votent une motion de censure, avant que le nouveau premier ministre ne mette sur pied un gouvernement. Le président Mahamane Ousmane accepte alors en fin février le ministre proposé par les vainqueurs des élections, qui n'est autre qu'Hama Amadou, ancien président de l'assemblée, devenu l'ennemi juré. Commence alors une vie politique chaotique avec nominations et contre nominations, communiqué et démenti sans compter les refus de Mahamane Ousmane de présider les conseils de ministre qui ont pour but les nominations. Il n'est plus un secret pour personne que toute communication est interrompue entre la présidence et la primature, des controverses sur la gestion de la cohabitation politique font quotidiennement la une des journaux et se discutent sur la place publique sous le regard médusé des nigériens qui connaissent l'une des plus graves crises politiques de leur pays. Le budget n'est pas voté pour l'année 1994, les aides internationales sont gelées dans un contexte de crise et les effets de la dévaluation du franc CFA à Dakar en janvier 1994 font flamber le prix des produits de consommation, tels que l'essence et le gaz, plongeant le pays dans une crise économique. Arriérés de salaire, suspension de nomination et délabrement du secteur public provoquent des grèves de fonctionnaires dans tout le pays. A cela s'ajoute l'intensification du conflit touareg dans le nord. Le Niger est paralysé et les médiations béninoises, américaines, françaises et ivoiriennes échouent successivement.

Le bouleversement de la fonction publique, la démotivation des agents de santé, les luttes internes au sommet de l'Etat ainsi que la crise économique successive à la dévaluation du franc CFA et au programme d'ajustement structurel posé en préalable par les institutions de Bretton Woods ont suffisamment monopolisé les politiques de manière à ce que lorsque la pandémie éclate, c'est le désarroi et la stupéfaction. Certains membres du gouvernement de l'époque ne font pas usage de langue de bois quant aux liens entre la gestion de l'appareil d'Etat et l'ampleur de l'épidémie. Le ministre de la santé de l'époque devenu en 2011 ministre de l'équipement au Niger déclare :

1 Le Niger en 1995, Chronique d'une cohabitation tumultueuse, le Républicain, 28 décembre 1995, page 4, ONEP Niamey

> « D'ailleurs six mois avant c'était la guerre […] sur le plan national, y avait des conflits politiques entre l'assemblée et la primature, on était beaucoup plus motivé à nous tirailler plus tôt qu'à travailler, et à s'occuper de la population pour laquelle nous étions là[1]. »

Pour certains témoins avec le recul, «l'ère de l'euphorie démocratique[2] » est assimilable à « une ère de chaos[3] » dont le désastre sanitaire est la manifestation. L'épidémie de méningite est elle même assimilée à un moment de chaos. L'ordre politique et l'ordre biologique ont été bouleversés comme dans un effet de coproduction, l'anomie dans la sphère politique produisant du pathologique dans le domaine public. Le désordre social est en outre renforcé par le désordre des corps. Cependant dans les médias, la méningite épidémique est mise en lien avec la crise économique et l'appauvrissement accru des ménages et non au contexte politique ce qui dénote un certain aveuglement de la presse.

La configuration du champ politique mais aussi économique a renforcé l'improvisation de la santé publique de manière plus flagrante à cette époque. Si l'on s'accorde sur l'indicateur de l'OMS[4], le retard pris pour reconnaître l'épidémie a été de quatre semaines, selon le directeur de l'IRSMI de l'époque. Je reviendrai plus loin sur cette notion d'indicateur et sur les conflits d'interprétation, de pratiques et d'éthique qu'elle pose au sein des acteurs de santé publique. Cela laisse supposer que l'épidémie aurait du être déclaré en janvier 1995 au lieu de fin février. Cependant, « déclarer une épidémie » notion centrale signifiant dire l'événement après l'avoir déchiffré suppose d'alerter le ministère de la santé, l'OCCGE et les bailleurs de fonds ainsi que tous les acteurs susceptibles d'apporter des moyens pour lutter contre la maladie. Or d'octobre 1994 à janvier 1995, le Niger est sans interlocuteur politique, quasi sans État et les agents du service public sont dans la rue. Certains bailleurs de fonds ont choisi d'interrompre les financements faute d'interlocuteur précis, et l'OCCGE réfléchit sérieusement à déplacer

1 Entretien avec le ministre des travaux publics du Niger, ancien ministre de la santé de février 1995 à janvier 1996

2 Entretien avec Un épidémiologiste de la DSSRE, entretien réalisé le 19 août 2011

3 idem

4 A 15 cas sur 100000 habitants, on déclarait une épidémie de méningite dans la zone du Sahel. Norme de l'OMS en 1995.

l'IRSMI de Niamey à Bobo Dioulasso pour recentrer ses actions[1] suite à une crise de confiance en la volonté de l'Etat nigérien à investir dans la recherche scientifique. La question est donc qui avertir et qui avertit ?
Par ailleurs déclarer une épidémie revêt un enjeu politique que le suivi d'une épidémie en train de se faire dans le chapitre suivant permet de mieux décrire.

Certains collaborateurs scientifiques européens faute de repère et inquiets du retard pris par la riposte épidémique se sont interrogés sur ce silence des politiques. Un ancien directeur de l'IRSMI postule un déni épidémique fondé sur l'hypothèse du *Hadj*. Ainsi ce serait pour ne pas contrarier le projet du pèlerinage à la Mecque, que l'Etat nigérien aurait retardé l'annonce de l'épidémie. Autrement dit les gouvernants savaient mais ne disaient rien. Or cette hypothèse ne résiste pas à la chronologie du *Hadj* de 1995 qui s'est déroulé au mois d'avril alors que l'appel à dons international (dont l'Arabie Saoudite a d'ailleurs répondu par un envoi de 5000 doses de vaccins) avait déjà eu lieu ainsi que les premières campagnes de vaccination.
Le Ministre de la santé de l'époque récuse cette affirmation :

> « Non nous n'avions pas peur, nous venions d'arriver, nous n'avions rien à cacher nous avions peur de rien du tout. Au contraire, on avait même tendance à dire un peu plus pour bénéficier du soutien de l'extérieur. Parce qu'on ne peut pas dire qu'on maîtrise 100% donc si nous avons 1000 cas nous pouvons dire ah nous avons dénombré 1200-1300 cas avec des marges[2]. »

Le Niger n'avait donc plus rien à cacher tant les choses allaient mal, le gouvernement a favorisé au contraire le dévoilement pour sensibiliser la communauté internationale à l'épidémie. Pour le ministre, si le contrôle de l'épidémie a tardé, c'est uniquement du aux conflits politiques et non à la protection de groupes de pèlerins se rendant à la Mecque.
Un autre membre du SNIS n'adhère pas pour d'autres raisons à l'hypothèse du déni pour le *Hadj* :

1Communication personnelle d'un Directeur de l'institut, cette demande ou préoccupation n'a pas été formalisée à notre connaissance par l'OCCGE

2 Le ministre de la santé en 1995, op.cit

> « Voilà le problème qui s'est posé —moi j'étais personnellement membre du comité *Hadj* à l'époque au niveau du ministère de la santé et je suis allé en pèlerinage en 1998— le problème qui se posait c'était un problème politique il y a eu un changement de la dictature à la démocratie. Les gens ont pensé que la démocratie c'était le désordre. Voyez-vous après c'est moi-même qui compilais les données en tant que membre du comité Hadj dont le ministère de l'intérieur est le chef, et l'OMS a demandé de lui transmettre les données qu'elle a envoyé aux autorités saoudiennes. C'est pour la surveillance. Et ensuite je me rappelle il y a une partie des pèlerins nigériens qui étaient partis, il y a d'autres qui ne sont pas partis pour le fait qu'il y a eu l'épidémie de méningite[1]. »

Il est par conséquent difficile de soutenir l'hypothèse du directeur de l'IRSMI, d'autant plus qu'une anecdote connue dans le milieu de la santé publique rappelle une autre théorie du complot encastrée dans le refus des saoudiens d'accueillir à l'époque des pèlerins venant du Niger. En effet, une affaire sur le permis de chasse accordé au prince Bandar qui s'adonnait habituellement aux activités de chasse contre l'antilope et l'outarde dans la zone de Tahoua et qui lui a été octroyé en violation des lois de chasse en cours avant l'épidémie, s'est transformé par la suite en petit scandale diplomatique. Cette épreuve a été mise en relation avec les précautions voire le refus des saoudiens à recevoir des pèlerins nigériens du Hadj. En effet, certains estimeront que pour se venger d'un tel affront, l'Arabie Saoudite aurait empêché les nigériens de faire leur pèlerinage.

L'hypothèse du déni a été démentie par les témoignages mais il a un sens qui fait ressortir les fantasmes du complot sanitaire et du déni de la maladie. Le SG de l'époque réfutera dans un entretien ces deux rumeurs en estimant que le Niger de 1995 n'est pas le Niger de la crise alimentaire de 2005 :

[1] Un Technicien supérieur en épidémiologie de la DSRRE, Niamey le 19 août 2011

> « Ce n'était pas une question d'honneur, nous étions conscients que nous étions démunis au niveau des ressources et de l'expertise, on aurait pas pu avoir de problèmes pour dire à la communauté internationale qu'on avait une épidémie de méningite[1]. »

Cependant la thèse du déni se retrouve ailleurs. Dans l'espace public plusieurs se sont demandés s'il n'y pas eu refus de révéler l'épidémie. Un journaliste en reportage à Doutchi commente :

> « A l'évidence on a mis beaucoup de temps pour parler officiellement de l'existence de cette épidémie[2]. »

Il ajoute par ailleurs, que le nombre de morts est devenu si important, « qu'il n'y a plus lieu d'en faire un mystère». L'accusation de déni d'épidémie est de ce fait reprise comme pour faire écho aux paroles du directeur de l'IRSMI. Si mes données ne me permettent pas de livrer une telle interprétation, cette question n'est sans doute pas à prendre à la légère.

La lenteur des interventions pourrait être interprétée comme l'aveuglement de l'administration nigérienne à percevoir un risque qui parce qu'inscrit dans un espace géographique qui désavantage le Niger, est perçu comme une fatalité. Par ailleurs, l'instabilité économique et politique, le vide créé par l'Etat, la fragilité des services de santé débordés, la défiance des partenaires financiers et médicaux étrangers vis-à-vis de la politique nigérienne[3] ont renforcé de ce fait cette impression de dimension du bricolage de la santé publique comme l'indique ces propos :

> « Y a eu l'aide internationale, ils ont envoyé les vaccins mais pas les seringues, après les seringues sont arrivés, puis les vaccins étaient là, les seringues étaient là et ils ont dit bon afin on fait comment? Il faut des véhicules pour aller sur place, il faut des gens pour vacciner. Il faut qu'on réquisitionne donc on a réquisitionné dans les hôpitaux, les centres de santé, du

---

1 Entretien avec le SG, le 14 octobre 2011

2 Joseph Seydou Alkaye, l'Etat impuissant. 2324 et 274 décès Le Républicain, 2 mars 1995, ONEP Niamey

3 Rappelons qu'une partie de l'aide internationale a été suspendue à la même période.

coup les centres de santé n'avaient plus d'infirmiers et puis eux, la coordination était très compliquée et puis il n'y avait pas de voiture quand il y a eu les voitures, il a fallu acheter du carburant! Qui paie le carburant[1]? »

La situation hystérique que donne à penser les propos du directeur de l'IRSMI met en exergue un dispositif largement fondé sur le bricolage et l'amateurisme. Celui-ci n'est d'ailleurs pas une singularité de la santé publique au Niger, Lascoumes et le Gales soulignent qu'il caractérise l'action publique de même que « l'enchevêtrement de réseaux, l'aléatoire, la multiplication d'acteurs… [2] ». Les allers retours que permettent d'effectuer l'analyse par les échelles vont montrer plus loin (chapitre suivant) que cette dimension du bricolage a une permanence. Elle s'affine et se perpétue particulièrement au sein d'une gouvernance par l'urgence entendue comme un modèle de gestion politique de la santé fondée sur l'assistance caractérisée par des appels à dons et une recherche de ressources (matérielles et humaines mais aussi financières) mobilisables dans une temporalité courte et travaillée éventuellement par de nombreuses tensions entre acteurs institutionnels. Cette politique par l'urgence va régler la lutte contre les épidémies assujettie à une économie du don ce qui n'est pas une première dans le contrôle de cette maladie, même si en 1995, elle atteint des proportions inégalées. Elle a eu pour effet dans la décennie qui suit, d'auto entretenir l'aide ainsi que la gouvernance par l'urgence dans le contrôle des épidémies de méningite. C'est là que se situe principalement le paradoxe de la lutte contre les épidémies gérées comme des situations d'urgence[3] alors qu'on est en face d'une maladie courante dont l'épidémie est sa manifestation amplifiée. Ce paradoxe est décuplé pendant 1995, le pays voit ses bailleurs de fonds lui tourner le dos et un vaste réseau humanitaire venir à sa rescousse lorsque l'épidémie est médiatisée à la faveur du traitement émotionnel et narratif de l'épidémie mais aussi de la représentation de la souffrance des

1 Entretien avec un ex directeur de l'IRSMI, Cotonou 23 décembre 2010

2 LASCOUMES, P & LE GALES, P., 2005, Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences Po.

3 Les réflexions de BENEDETTA ROSSI qui ont inspirées cette partie illustrent parfaitement cette question d'enlisement de l'aide au Niger et du paradoxe humanitaire, cf. le chapitre 5 : les paradoxes de l'aide chronique, 2007, in CROMBE, X ET HEZEQUIEL, J-H, Niger 2005. Une catastrophe si naturelle, Paris Karthala, pages 145-172

méningitiques au corps pétrifié et d'enfants au regard vide livré par les médias en quête de témoignages larmoyants[1].

Le 23 mars 1995 c'est Bernard Debré qui fait atterrir son avion sur le tarmac de l'aéroport Diori Hamani. Ironie de l'histoire ? Comble du hasard ? Ce serait minimiser ou ignorer l'influence historique de la coopération médicale version famille Debré en période postcoloniale dans les pays anciennement colonisés par la France[2]. Bernard Debré est le fils de Michel Debré (pour rappel en 1961 Lapeyssonnie est envoyé par Michel Debré pour circonscrire l'épidémie au Niger), il est ministre français de la coopération et arrive au Niger accompagné de 200 000 doses de vaccins et 200 000 autres promis par le biais de l'ONG Pharmaciens Sans Frontières. Les médias ne ratent pas sa biographie et rappellent que Bernard Debré est médecin (urologue), son discours est doublement porteur de sens entre amitié franco nigérienne et assistance sanitaire :

> « Nous n'avons pas le droit de baisser les bras vis-à-vis des pays africains […] il faut montrer encore plus de solidarité […] avec ces vaccins, le problème de la méningite doit disparaître. Il faut agir pour le conjoncturel, mais il faudrait aussi qu'il y ait, après, une coopération, (si le Niger le veut bien) pour qu'ensemble (France et les autres pays amis) nous puissions restructurer le système pour que de telles épidémies n'arrivent plus[3]. »

Les affinités entre épidémie et politique sont à nouveau subtilement élaborées surtout que depuis un an, plus précisément le 30 mars 1994, les discussions sur le prix de l'uranium entre le gouvernement nigérien et les sociétés françaises sont activement menées[4].

---

1 Sur les rapports entre l'économie du don et la communication médiatique, voir MARC-ANTOINE PEROUSE DE MONTCLOS « Du développement à l'humanitaire, ou le triomphe de la com' », Revue Tiers Monde 4/2009 (n° 200), p. 751-766.

2 L'historien Guillaume Lachenal y a consacré quelques lignes : LACHENAL, 2006, pages 390, 403-404, 545, 637

3 MOUSSA KAKA, 1995, La France se réjouit de la cohabitation au Niger, le Républicain, page 5, ONEP

4 Les repères de la vie économique nationale, Le Républicain du 05 janvier 1995, page 3, ONEP

Le ministre de la santé rappelle dans un communiqué de presse[1] au mois de mars, qu'en dix jours, le "réseau de solidarité" du Niger a pu lever un fonds de 315 millions de F CFA alors que les caisses de l'Etat étaient quasi vides et que jusqu'ici les agents de santé travaillaient avec les moyens du bord c'est-à-dire peu de chose. Le boycott économique et politique de la communauté internationale est suspendu face à l'ampleur de la question sanitaire. La politique de l'émotion permet ainsi aux réseaux des « pays amis[2] » venus à la rescousse du Niger, frappé par le fléau, de jouer un rôle de catalyseur. MSF en particulier qui va de plus en plus jouer un rôle important dans ce qui suit, va trouver dans la décennie 1990 avec l'éclatement des épidémies de méningite, la possibilité de se déployer hors des camps de réfugiés qui ne sont plus des lieux privilégiés, et d'inscrire son action dans les pays tels que le Niger et le Nigeria comme l'analyse Claire Magone, directrice d'études au Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires[3]. Les ONG d'urgence jouent un rôle de premier plan. Une conception plus relativiste et moins réifiante de leur implication mérite d'être adoptée au regard de la littérature qui analyse les acteurs de l'humanitaire et des organisations internationales comme une force coercitive, imposant leurs règles, déterminée par la violence sous les « voiles idéologiques de la compassion et de la pacification[4] ». Il est important de ne pas perdre de vue les processus de demande d'aide des États, de négociations et de stratégies d'action entre les ONG et les acteurs locaux, de l'instrumentalisation de l'idéologie de la compassion par les récipiendaires de l'aide. Au plus fort du drame qui se joue, la configuration du social et les circonstances qui ont influencé l'action de santé publique soulignent l'interdépendance du politique et de l'humanitaire et l'importance des stratégies endogènes des politiques se reflétant dans ses propos : «nous avions tendance à exagérer les annonces…pour en recevoir plus[5] ».

---

1 MAMAN BAKO, 1995, Le ministre de la santé fait le point de la situation épidémique : « l'épidémie de méningite qui sévit dans notre pays a déjà fait 529 décès à la date du 08 mars 1995 », *Le Sahel Dimanche*, Archives Nationales du Niger

2 MOUSSA KAKA, idem

3 CLAIRE MAGONE, Nigeria Relations de (santé) publiques, 2011 in *Agir à tout prix* sous la direction DE CLAIRE MAGONE, MICHEÄL NEUMAN & FABRICE WEISSMAN, Paris, Editions la Découverte.

4 PANDOLFI, M, 2002

5 Entretien avec Ministre de la santé du Niger en 1995, op cit

La pandémie de méningite au Niger participe d'un processus complexe influencé par le contexte social et politique de l'époque raison pour laquelle l'épidémie a été noyée jusqu'au mois de mars dans la multitude des circonstances exceptionnelles du Niger de 1995. Elle ne résulte pas seulement d'un déséquilibre biologique, du parcours destructeur des méningocoques. Si d'autres facteurs ont pu jouer un rôle dans l'ampleur du phénomène, l'analyse par les circonstances politiques présentent l'intérêt de ne pas perdre de vue la dynamique des représentations scientifiques de la méningite épidémique et des circulations de ces représentations dans le champ populaire. Elle n'épuise pas cependant, loin de là, d'autres raisons qui peuvent évoquées de l'ordre de la reconfiguration de l'espace pathogène et pathologique ou encore de la stratégie de santé publique qui prévaut dans la maîtrise de l'épidémie.

Un autre moyen ou point d'entrée d'analyse consiste l'instrumentation par les scientifiques de la vaccination d'urgence après la crise sanitaire, posant la question de la stratégie vaccinale adoptée par les pays sahéliens, comme problème et la période post pandémie comme occasion de revenir sur la politique de santé publique.

4.4 Tourments de l'après pandémie. Des controverses scientifiques au cœur de la question vaccinale

Pour les plusieurs observateurs scientifiques, la méningite de 1995 était un « *predictable comeback*[1] », lorsque l'on considère le faible taux de la couverture vaccinale du Niger et de plusieurs pays africains à l'époque. Ils affectent au phénomène, une explication surtout immunologique. Les disputes provenant du champ de la biomédecine qui vont émerger suite à la pandémie ne se donnent pas pour objectif à l'origine de rechercher réellement ses causes, même si elles s'inscrivent en creux dans les débats. Elles tentent de se saisir de la question de la stratégie de santé publique en se focalisant sur la question du vaccin. Elles constituent un temps fort de l'histoire des épidémies de méningite comme problème de santé publique.

1 RIOU & al op.cit.,

Dominique Pestre affirme que la controverse est le « lot commun de la fabrication des savoirs[1] », j'ajouterais qu'il en est également un des lieux, étant donné qu'elle remet en selle des faits qu'on considérait acquis en les ré-interrogeant et porte à nu les incertitudes de la science sur ses objets. La controverse sera analysée par conséquent, comme une épreuve c'est-à-dire dans l'exercice de confrontation des acteurs, des discours et des faits et dans ce qu'elle est capable de révéler sur les incertitudes liées à la politique de santé publique autour de la méningite. Cette perspective qui se veut dynamique inclut également de considérer la dispute, comme une continuité et non comme une rupture du processus social dans lequel elle est inscrite. Cyril Lemieux quant à lui définit la controverse comme étant un conflit à structure triadique qui mobilise une communauté de pairs[2]. Deux camps formés par des acteurs sociaux qui ont des opinions divergentes sur une question, exposent un ensemble d'énoncés contradictoires, devant un public d'experts. La controverse est de ce fait une entreprise collective d'individus, confrontant leurs représentations sur un objet. Elle peut largement déborder du cadre triadique comme dans cette étude et s'exposer dans l'espace public. Certains théoriciens estiment de ce fait, que nous ne sommes plus en présence d'une controverse à proprement parler, mais d'une querelle qui ne s'embarrasse plus d'une rhétorique abstraite, de la langue de bois. Il s'agit d'un autre effet de style avec par exemple une phraséologie musclée soulignant la posture ouvertement conflictuelle du débat. Je considère ces détails comme des variations de style au sein d'une même controverse. Je m'appuie sur l'analyse du *disputing process* pour décrire la controverse qui va suivre. Cette approche privilégiée par la sociologie des sciences et des techniques, se justifie au regard de la pertinence de ce qu'elle révèle de réinterprétation de certaines normes au sein de la dispute. Dans ce fait le *disputing process* sera analysé dans sa manière à remettre en cause les normes instituées, de proposer une nouvelle voix et dans sa capacité à dépasser, engendrer quelque chose d'autre. Par ailleurs, l'analyse par la sociologie des épreuves privilégiant l'étude de l'articulation entre entités humaines et non humaines, me parait pertinente dans la mesure où elle me permet de

1 PESTRE, DOMINIQUE, L'analyse de controverses dans l'étude des sciences depuis trente ans. Entre outil méthodologique, garantie de neutralité axiologique et politique, Sociétés d'étude soréliennes, 25 (1), 2007, 29-43

2 LEMIEUX, C. (2007). "À quoi sert l'analyse des controverses?" Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle (1): 191-212.

considérer ensemble comme des objets sociaux complexes et pertinents aussi bien un vaccin, une protéine, un laboratoire, un chercheur, qu'un nourrisson. Il s'agit également de voir comment le discours est construit autour de ce qui apparaît comme étant la politique paradoxale dans la lutte contre les épidémies de méningite. En effet, comment une maladie habituelle occasionnant des épidémies fréquentes fait l'objet de politique d'urgence au dépend d'une autre stratégie qui permettrait d'en prévenir les effets? L'objet ici n'est point de faire une critique des connaissances scientifiques mais de voir comment les incertitudes qui la bornent et qui sont mises en lumière dans cette controverse ont participé à la politique de santé publique. Par ailleurs, l'analyse de la boîte noire du vaccin polysaccharide, des disputes des scientifiques sur sa définition, des réponses politiques, l'interaction entre politique, science et société serviront à comprendre les ressources mobilisées pour légitimer l'approche sanitaire par le contrôle, en lieu et place de la prévention.

Les articles scientifiques à partir desquels cette controverse est analysée, constituent une part importante de l'étude et méritent que l'on s'y attarde un moment. L'article scientifique est un atelier de savoirs, d'engagement du chercheur, une fenêtre sur le laboratoire de recherche et de ce qu'il produit en termes d'artefacts. Un article est donc un espace de débat, les idées ou l'énoncé étant repris, discuté, désavoué parfois. Il existe de multiples déplacements opérés par les chercheurs qui l'utilisent dans une dispute. On peut appréhender l'article scientifique dans les sciences qualifiées de "dures" comme la transposition sur un support d'un travail collectif réalisé en laboratoire et fruit de multiples interactions entre instruments et humains ainsi que de constructions et déconstructions de faits, arguments ou hypothèses. J'ai procédé à la récolte, à l'analyse et au dépouillement des articles au cœur de la controverse et des "en dehors" de la controverse ainsi que des arguments d'autorité dans une période de 7 ans c'est-à-dire du début de la controverse en 1997 à la table ronde de l'OMS organisée en 2003, en passant par la réunion dite de « consensus » de 2001. Cette procédure nécessite de se pencher au plus près des textes scientifiques où se déroulent et se découvrent (où l'on redécouvre) le travail de laboratoire en partiel et en filigrane, le parcours de l'objet vaccin, la place du chercheur, ses alliés, les institutions qui ont chapeauté la recherche, l'innovation et l'usage qui en est fait par le

politique. Dans cette controverse, je n'ai pas la prétention de revenir sur les faits scientifiques mais seulement sur ce que la dispute révèle de la construction des épidémies de méningite en tant que problème de santé publique. Il me parait important de considérer les jugements de valeur induits par les arguments des auteurs sur les objets qu'ils traitent (ici le vaccin et la vaccination). Ses jugements de valeur instruisent sur la part de représentation du phénomène plus large que sont les épidémies de méningite. L'article scientifique dans le cadre d'une controverse fait l'objet elle-même de multiples constructions qui ont pour objectif, de garantir à travers une argumentation rigoureuse, le ralliement des pairs.

L'analyse de cette controverse permet également de démystifier ce qui dans les désaccords des sciences ou sa désunion[1] relève de l'économie morale de la vaccination. Ensuite étant donné que la controverse porte sur l'usage qui est fait du vaccin c'est-à-dire de la stratégie vaccinale, la question devient hautement politique puisqu'il quitte le milieu des chercheurs pour sonner à la porte des politiques qui se sont chargés de mettre en place la vaccination des populations. Entrent alors en ligne de compte, les différentes positions des chercheurs qui annoncent que leur science leur échappe, les politiques avançant le fondement de leur choix et les experts décriés dans leurs études destinées à départager les camps. Ces arguments à leur tour instruisent sur la construction sociale des épidémies de méningite comme problème de santé publique.

4.5 Premier round : traductions foisonnantes et contradictoires autour du vaccin

Rappelons d'abord que l'année 1997, clôt une saison pandémique meurtrière autant que désastreuse pour les pays africains qui révèle de nombreuses failles dans le contrôle des épidémies de méningite. La dispute qui a émergé en 1997 porte sur la stratégie vaccinale basée sur le contrôle de l'épidémie, préconisée par l'OMS pour les pays africains. Cette vaccination appelée vaccination réactive ou vaccination d'urgence ne fait pas l'objet de consensus, notamment au sein des acteurs de santé publique au Niger mais également au

1KNORR CETINA, K. (1999). Epistemic cultures: How the sciences make knowledge, Harvard University Press.

niveau des experts internationaux. Cette controverse va à l'image d'un règlement de compte se matérialiser par articles interposés dans de prestigieux journaux tels que le *Lancet* ou plus ciblés telle que la revue du *Pediatric Infectious Disease Journal*. Elle va se dérouler pendant 7 ans et oppose partisans de la vaccination de routine aux artisans de la vaccination d'urgence. Les tensions mettent en opposition des immunologistes et des épidémiologistes appartenant à six institutions et répartis au tout début en deux camps. La première réunit les chercheurs de la *National Institute of Child Health and Human* (NICH) et l'IRSMI, le second camp les chercheurs du CDC et de l'OMS, ainsi que les humanitaires de l'ONG Médecins Sans Frontière et de leur bras armé regroupé au sein du Groupe Européen d'Expertise en Epidémiologie Pratique encore appelé Epicentre. Quatorze articles dont certaines sous forme de correspondances seront publiés par trente et un auteurs. Cinq d'entre eux illustrent le cœur des tensions : deux sous forme de pamphlet et deux autres sont des expertises pour trancher la question.

Tableau 3 : les différents camps de la controverse

STRATEGIES	ACTEURS	INSTITUTIONS
Vaccination de routine ou de masse	JOHN ROBBINS & AL	**National Institute of Child health and Human Development**
	EMIL C. GOTSCHLICH	**Rockefeller University**
	JEAN P CHIPPAUX & al	**IRSMI, Niger**
Vaccination d'urgence ou réactive	BRADLEY .A. PERKINS	**Center for Disease Control and prevention (CDC)**
	JAY WENGER	**Organisation Mondiale de la santé (OMS)**
	ANNE-V. KANINDA	**MSF/Epicentre**

Le point de départ de cette controverse est un article publié dans le journal britannique du *Lancet* en septembre 1997 par des chercheurs de deux laboratoires de la NICH et à la Rockefeller University titré: "*Love's labour lost: failure to implement mass vaccination against group A meningococcal meningitis in sub saharian Africa.* " / «*Peines d'amour perdues : échec de la mise en place de la vaccination de masse contre la méningite à méningocoque du groupe A en Afrique sub saharienne*[1].» La première partie du titre qui s'inspire du répertoire de la tragi-comédie shakespearienne[2] évoquant le dilemme entre la raison et le sens commun, va illustrer une des plus vieilles querelles connues entre scientifiques et notamment, une des plus classiques accusations : celle du procès d'irrationalité. Le choix du prestigieux journal assure une visibilité internationale tant par son autorité depuis plus d'un siècle dans le cercle médical, que par l'excellence qu'il

[1] Traduction de l'anthropologue

2 Cette pièce de William Shakespeare située vers 1590 met en scène un groupe de jeunes qui promettent de se destiner à une vie ascétique et qui finissent par batifoler. Dans cette pièce, l'auteur met en perspective le dilemme entre la raison et l'instinct ou le sens commun

promeut. Il est demeuré pendant longtemps dans le haut des classements des évaluations concernant les journaux les plus cités dans le milieu scientifique. La rubrique points de vue consacrés aux débats d'idées entre praticiens, spécialistes des disciplines médicales accueille l'article qui par l'étymologie même de débat est destiné à la confrontation d'idées.

Les auteurs J.B. Robbins, Rachel Schneerson, D.W.Towne et Emil. C. Gostchlich débutent l'article sur une question provocante : comment se fait il que la méningite cause autant de morts en Afrique alors qu'il existe un vaccin efficace ? L'argumentation recourt largement aux chiffres dans un décompte macabre pour administrer la preuve d'une létalité élevée qu'il s'agit d'interroger. Il est rappelé que la moitié des années 1990 ouvre l'ère d'une nouvelle géographie du risque épidémique dont ne prend pas en compte la stratégie réactive préconisée par l'OMS et fondée sur une action d'urgence. Cette méthode est critiquée dans sa propension à laisser de côté la dimension endémique de la maladie, de négliger les nourrissons par une sélectivité qui les exclut et par conséquent de causer des milliers de morts. Les auteurs recommandent une vaccination de masse suivie d'une vaccination de routine prenant en compte les nourrissons et élargissant ainsi la cible vaccinale. Celle-ci n'est pas selon eux, caractéristique de la réalité et ne prend pas en compte les changements dans la répartition de la pathologie soulignée par la pandémie des années 1990. Ils estiment par ailleurs que le vaccin polysaccharide confère une immunité au groupe c'est-à-dire la capacité d'octroyer une protection à la population non vaccinée dès qu'il est administré dans une collectivité réduite et ceci en limitant la présence des bactéries chez l'humain[1]. Les arguments d'autorités émaillent le texte. Des recensions d'études vaccinales puisées chez les alliés[2] sur un rayon géographique assez vaste: USA, Brésil, Finlande, Mongolie, Nouvelle Zélande, Chine, Rwanda servent d'illustrations pour établir l'efficacité du vaccin chez les enfants, sa durée de protection et sa pertinence dans la lutte contre les épidémies de méningite.

1 Rappelons que les méningocoques sont présents chez la personne bien portante en état asymptomatique. Ce portage est évalué entre 4 à 35% chez adules. Source : OMS, 2011

2 Il s'agit des publications censées abonder dans le sens des auteurs. Voir LATOUR, Ibid, page 84

Deux mois plus tard, en décembre de la même année, quatre réponses dans la rubrique correspondance sont publiées dans la même revue, en réaction à « *Love's labour lost* ». Elles sont de forme courte, pas plus de trois paragraphes, une colonne et demi pour mener un réquisitoire sans complaisance contre le vaccin. Les auteurs proviennent de trois institutions le CDC, l'OMS et MSF /Epicentre. C'est le camp de la défense. Les protagonistes partagent les mêmes désaccords. Les caractéristiques reconnus au vaccin polysaccharide par l'équipe de la NICH sont rejetés par le camp adverse : sa capacité à induire une immunité collective, sa durée de protection, son efficacité sur les enfants et son caractère préventif. Le vaccin est décrit par ceux qui signent sous la bannière de l'OMS comme « un outil pauvre de santé publique ». La représentativité statistique des résultats d'études[1] citées par la NICH est déniée par l'OMS[2] qui avec le CDC justifient la stratégie d'urgence par la conjugaison à priori de critères normatifs de contrôle de l'épidémie à partir de la mise en place de seuils chargés de déterminer le moment de l'épidémie, d'une surveillance des germes et de préparation à l'épidémie. La proposition de Robbins et de ses collègues est d'autant plus jugée irrecevable par les détracteurs, qu'on ne peut envisager de bouleverser le système du PEV ciblant essentiellement les enfants âgés de moins deux ans. Accéder à la proposition des chercheurs du NICH reviendrait à fissurer l'édifice institutionnel du PEV lancé en 1974, conjointement par l'OMS et l'UNICEF et destiné à la vaccination de masse d'enfants ciblant six maladies à l'époque.

Dans la moitié des années 1980, le PEV a un bilan mitigé, plus de la moitié des pays africains a un taux de couverture vaccinal ne dépassant pas 20%. Avec la transition démographique et la crise économique des années 90, la priorité est ailleurs, conduisant l'OMS à envisager des solutions de lobbying vaccinal avec la mise en place du GAVI (*Global Alliance for Vaccine and Immunisation*). Ce consortium réunit la société civile, les institutions multilatérales, des pays donateurs et d'autres organismes, pour faciliter l'accès des vaccins aux pays les plus démunis. GAVI va devenir une institution incontournable pour la délivrance des vaccins dans les pays

1Cette représentativité statistique concerne dix articles qui concernent les résultats souvent contrastés de la vaccination chez les nourrissons et la question de l'immunité de groupe

2 L'implication de l'institution est très explicite, en juge le recours systématique au sigle OMS et à la troisième personne du singulier.

du sud, elle sert de médiateur entre les industriels pharmaceutiques et les états et détient un stock de vaccins dont une part est financée par la Fondation Gates. Pour l'ensemble des détracteurs, étant donné que la durée de protection du vaccin n'est pas clairement établie ainsi que sa capacité à assurer une immunité collective—capacité qui est niée en bloc— son usage à grande échelle est déraisonnable. Une alternative est proposée : le développement d'un vaccin amélioré qui serait conjugué remplaçant le vaccin classique.

MSF et sa branche épidémiologique privilégiant un raisonnement coût/bénéfice prohibe la dispersion et le gaspillage des ressources dans des pays africains où, la couverture vaccinale est difficilement satisfaisante :

> « Il en résulterait probablement une couverture vaccinale faible, cela ne préviendrait pas les épidémies, des ressources rares pourraient être gaspillées…la préparation aux épidémies est un enjeu crucial, il faut positionner des stocks de vaccins et de médicaments[1] »

D'autres principes vont être mis en valeur : la rationalité, le coût/bénéfice et la surveillance. Ces normes sont assujetties à une déclaration commune du camp de la défense : le vaccin ne protège qu'un individu d'un certain âge et non une collectivité et ceci pour une période courte assez floue.

Les arguments des deux camps qui ont été rapportés dans cette partie démontrent dès le début que la divergence des auteurs sur un bon nombre de principes est assez vaste : ils ne s'accordent ni sur l'immunité de groupe que pourrait conférer le vaccin, ni sur la durée de protection, ni sur sa capacité à protéger les enfants, ni sur son effet préventif. Deux paradigmes essentiels s'opposent : la prévention et le contrôle. Si la première option demande une anticipation entendue de l'épidémie ainsi que l'extension de la vaccination chez les nourrissons, la seconde option pratiquée depuis les années 1980 n'intervient que pendant la période de l'épidémie afin de réduire son ampleur. Si pour le premier camp, la rationalité de la stratégie ne

1 KANINDA & al, 1997 : 1708

peut se tabler que sur sa capacité à éviter que l'événement ne se produise pour le camp de la défense, elle n'est entendue que dans la capacité des pays à engager des actions de surveillance et de la préparation aux épidémies, c'est-à-dire à amoindrir l'effet que l'événement aura sur la population. Pour le premier camp, l'outil de vaccination est performant dans la mesure où on ne maîtrise la technologie, pour le second celle-ci trop complexe et onéreuse traduit l'urgence d'une innovation technologique c'est-à-dire la fabrique d'un vaccin conjugué[1]. Le parti pris de la prévention semble ainsi quasi irréductible à celui du contrôle dans le sens où il se passe une opposition épistémique entre des partisans d'un phénomène jugé objectivable étant donné sa récurrence et ceux qui considèrent que les épidémies de méningite sont imprévisibles et devraient par ce fait être soumis à une surveillance et à la préparation de l'épidémie. Une des étapes du dispositif de préparation est la construction du seuil épidémique par la statistique qui admet que le phénomène épidémique est objectivable également malgré le discours des partisans de la vaccination réactive qui en font un événement de l'imprévu. Ce paradoxe qui n'en n'est pas un au final est révélateur de tout le processus de construction du problème de santé publique qu'est la méningite. L'arbitrage sanitaire mais aussi politique des agences internationales s'est ainsi faite par sélection se tablant essentiellement sur les faiblesses de l'outil vaccinal, et notamment son incapacité à protéger les nourrissons. Or, à la même période l'OMS sort un guide pratique de contrôle des épidémies de méningite qui est la réactualisation de celle de 1995, à la page 26 de l'édition anglaise on note :

> *« Meningococcal A, C, Y, W135 vaccines are based on capsular polysaccharide antigens and induce a T cell-independent immune response which is age dependent. In adults and in children above 4 years of age, a single dose induces a rapid rise of antibodies and protection within 10 days in over 85% of recipients. Protection lasts for at least one year and often several years longer. The response is poorer in infants and young children[2]. »*

1 Le vaccin conjugué est perçu comme pouvant prémunir ceux qui sont en contact avec les immunisés et donc de protéger la population. Il est capable de se faire identifier de manière précise par le système immunitaire grâce à des molécules de grandes tailles telles que des vaccins contre la diphtérie et le tétanos associées à des polysaccharides capsulaires purifiés.

2 WHO, Control of epidemic meningococcal disease, WHO practical guidelines, Genève, 2nd edition,1998, page 26

La durée de protection du vaccin est de ce fait floue et l'incertitude autour du temps de protection se retrouve également dans les résultats d'études vaccinales qui ont précédé le guide datant de 1998. La supputation de l'OMS démontre la complexité de se départir institutionnellement des doutes sur l'efficacité du vaccin alors que pendant la controverse, celui-ci est affirmé presque sans ambiguïté. C'est le mérite de la controverse de lever le voile sur un consensus apparent, même si en s'intensifiant la controverse peut révéler plus qu'elle ne réduit, les contradictions radicales entre scientifiques et experts. Elle est de ce fait un moment de réinterprétation de la technologie de vaccination.

Cependant, cette épreuve ne doit pas laisser supposer que les auteurs ne s'accordent sur aucun principe, même s'ils s'opposent à plusieurs niveaux. La capacité du vaccin A à produire des anticorps chez les adolescents et les adultes, et du vaccin C à ne pas provoquer d'immunité chez les nourrissons ne sont pas discutés et font de ce fait objet de consensus.
Il serait nécessaire à ce niveau de l'analyse, de matérialiser les auteurs principaux et les institutions dont ils se réfèrent afin de bien percevoir les enjeux qui sous tendent la controverse sur la vaccination de la méningite en Afrique sub saharienne et plus particulièrement au Niger, car l'IRSMI est également un acteur important dans le débat. J'accorde de l'importance en effet aux milieux sociaux professionnels, autant qu'aux situations des personnes, car j'estime qu'ils sont des objets sur lesquels peuvent s'appuyer cette analyse, pour éclairer les enjeux de cette épreuve.

4.5.1. Entre experts : une guerre de tranchée

Il ne m'a pas paru pertinent de présenter tous les protagonistes qui ont pris part à la controverse car l'entreprise d'exhaustivité n'ajoute pas grand-chose à son intelligence. Je mets en relief non pas des groupes sociaux élevés au niveau de quasi personnage mais des personnalités singulières[1]. Je propose de présenter les auteurs qui ont déclenché en premier la dispute étant donné leur poids dans l'ontologie des vaccins contre les méningites. Le second

1 Voir à ce titre la critique de la sociologie des « histoires agrégées », DODIER N, 1993 :38

parti pris qui est de présenter brièvement le premier auteur de chaque article ou réponse entrant dans la controverse se justifie par l'importance d'un premier auteur dans un article scientifique. Une telle position est rarement inopportune. Dans le monde des sciences biologiques, être le premier signataire d'un article est une position chargée de sens qui a pour but de souligner la part de contribution effective de l'auteur dans l'article. Or le premier auteur est souvent mais pas toujours celui qui s'est le plus dévoué à la tâche de laboratoire tandis que le dernier non moins important est dans certaines contributions, le responsable du projet, ce qui est dans une certaine mesure, la configuration des auteurs ayant suscité la dispute. La situation de l'auteur renseigne sur son implication et souvent sur les enjeux de redéfinition ou de défense de la norme.

J.B Robbins, D. W Towne et R. Schneerson travaillent dans le même laboratoire du NICH dans le Maryland. Cet institut dépend de la principale agence de santé publique des Etats-Unis, la NIH, laboratoire d'hygiène né en 1887 puis transformé en agence de santé en 1930. Les chercheurs de l'article travaillent sur la pathogènicité et l'immunité des maladies bactériennes chez les nourrissons et les enfants depuis plusieurs années. Robbins occupe le poste de chef du laboratoire de l'immunité développementale et moléculaire (LDMI). Il a fait ses études à l'école de médecine de New York en 1959 avant d'entrer au département de pédiatrie de l'Université de Floride. Il est un imminent microbiologiste connu pour ses travaux en immunologique et les méthodes d'analyse antigène. Ses compétences en vaccinologie ont été couronnées à plusieurs reprises par de prestigieux prix tels que le *Lasker Award* qui depuis 1945 récompense des travaux en médecine, internationalement connus et qui prouvent des avancées dans le diagnostic, le traitement ou la prévention des maladies humaines. Il est surtout le développeur avec Rachel Schneerson d'un vaccin conjugué contre l' *Haemophilus Influenzae* type b (Hib) qui est responsable en majorité de méningite et de pneumonie chez le nourrisson à une incidence de 30 à 50%[1] hors période épidémique. Les vaccins conjugués sont obtenus en assemblant des polyosides[2]très spécifiques qui sont des sucres de haut poids moléculaire, à une protéine

1 DEAN T. JAMISON et al (eds), 2006

2 De nombreux polyosides sont utilisés comme additifs Alimentaires sous forme de fibre ou de gomme (gomme arabique)

porteuse, permettant de produire une réponse immunitaire plus intense et plus durable. Ce vaccin qui nécessite plusieurs injections a fait l'objet de discussion à plusieurs reprises à Dakar du en parti au coût du vaccin et dans d'autres pays africains avant que les gouvernements ne s'accordent dans la seconde moitié des années 2000 sur la nécessité de son financement et de son introduction dans le PEV.

Le dernier contributeur est le médecin militaire Emil. C. Gotschlich dont le travail fondamental sur le vaccin actuel a été relaté au premier chapitre. Les liens entre les deux chercheurs le Dr Gotschlich et John Robbins sont par ailleurs ténus, puisque le capitaine de la *Walter Reed Army* a été le mentor du second. Les contributeurs de « *Love's labour lost… »* constituent deux équipes de chercheurs distincts, qui ont mis au point deux générations de vaccins contre les méningites. Ils entendent faire valoir leurs arguments sur ce qu'ils considèrent comme étant une perversion de la finalité de la vaccination : la prévention, c'est à dire les mesures qui consistent à empêcher la maladie de survenir.

Les auteurs du camp adverse appartenant au CDC ont été particulièrement impliqués dans la prévention des maladies infectieuses et dans les stratégies vaccinales concernant les méningites. Ils ont influencé notamment les stratégies de surveillance des épidémies dans les pays africains mais également déterminés pour certains, des protocoles de mesure de l'efficacité des vaccins en exerçant un leadership reconnu par leurs pairs, au niveau de l'OMS dès l'introduction des vaccins méningocoques.

Le premier auteur Bradley Perkins est un microbiologiste de la division des maladies bactériennes et mycosiques dépendant du Centre national de prévention des maladies infectieuses. Il est le chef du département des méningites et des pathogènes spéciales. B.Perkins va dans les années 1990 et bien après, être maître d'œuvre de la construction du dispositif de surveillance et de préparation puis du renforcement de cette stratégie dans la lutte contre la méningite épidémique dans les années 2000 en intégrant la surveillance à plusieurs échelles d'un pays. Les critiques du camp adverse sur la faisabilité d'une stratégie de

surveillance bien menée dans les pays pauvres en lieu et place de la vaccination préventive de masse concernent de ce fait au plus haut point le domaine d'expertise du Dr Perkins.

Le dernier signataire Arthur. L. Reingold de la division des maladies bactériennes et des pathogènes respiratoires spéciales du CDC a également une position importante dans la controverse. Un de ses articles publiés en 1985 avec d'autres chercheurs du CDC[1] se retrouve au centre de la controverse. Son interprétation rejaillit au moment où les connaissances sur la durée exacte de protection chez les enfants fait l'objet de controverse. L'article est par conséquent à divers moments repris par les auteurs du premier camp, qui ne lui accordent guère de crédit, malgré qu'il ait servi à établir la population cible dans les vaccinations des pays sub-sahariennes. Reingold avait suivi avec quelques chercheurs en 1981 en essai contrôlé des nourrissons burkinabés sur une période de trois ans pour voir combien de temps le vaccin continuerait à protéger les enfants. L'étude avait conclu qu'il ne l'était que peu chez cette population étant donné qu'il perdait l'immunité de plus 80% à la troisième année. Robbins et ses collègues contredisent un tel résultat du fait qu'il n'applique pas la vaccination selon le procédé qu'ils ont préconisé c'est-à-dire, d'injecter à plusieurs reprises la dose de vaccin chez les enfants à différentes périodes de leur vie. Cette publication a permis en établissant le ciblage, d'écarter les nourrissons des campagnes vaccinales ce qui explique dans une certaine mesure le dépit ressenti par les auteurs du NIH et de l'Université Rockefeller, que le même article fasse autorité chez le camp adverse. La question que soulèvent ces derniers c'est qu'à leurs yeux rien ne justifie l'arbitraire d'une telle décision, et surtout pas l'argument économique ou institutionnel de maintien du PEV en l'état.

Malgré les critiques qui lui reprochent une approche hagiographique du CDC[2], on peut reconnaître à l'historienne Elisabeth W Etheridge d'avoir su mettre en exergue le cheminement institutionnel et politique du CDC ainsi que sa contribution, dans les décisions en santé

[1] REINGOLD and al, 1985, pages 114-118

2 V/Ref HARRY M MARKS dans sa recension du livre: ELISABETH W ETHERIDGE, 1992, Sentinel for health. A history for the Centers for Disease Control by Berkeley, Los Angelos and Oxford: university of California Press, *The Journal of Southern History*, février 1992, 60 (1), 169-171

publique globale. Le CDC qui fait parti du département de santé publique des Etats-Unis est une institution fédérale qui a vu le jour au lendemain de la 2ème guerre mondiale plus exactement en 1946. Elle a une renommée mondiale qui lui a valu le sobriquet de « FBI de la médecine[1] » L'agence a très tôt privilégié la mathématisation du réel comme moyen de rationalisation des politiques de santé publique. Le CDC qui est focalisé autant sur les maladies infectieuses tropicales que sur la prévention des faits de société a comme spécificité l'association des sciences biologiques à l'expertise épidémiologique. La création du Service d'Intelligence Épidémique EIS (EIS) dès 1951, a permis de mettre l'accent sur une cohabitation et une proximité intellectuelle entre le laboratoire des virologistes, microbiologistes et spécialistes de génie moléculaire et l'EIS. L'agence a pu ainsi allier dans les années 1960 une internationalisation de ses interventions avec une nouvelle manière de penser et de pratiquer la santé publique. La surveillance devient ainsi la nouvelle façon de se poster à l'avant-garde d'un problème de santé. Elle implique de surveiller des bactéries en instaurant un réseau de laboratoires et en renforçant les services de santé liés pour « détecter des cas », les analyser et les « notifier ». Il ne s'agit pas uniquement de ce fait de mise en réseau d'institutions mais également de bactéries et de pratiques scientifiques et sanitaires. La connaissance est l'une des leitmotivs de la surveillance et sert à préparer à l'action ; le CDC va se charger du premier volet en collaboration avec l'OMS qui en fait son bras droit armé. Plusieurs des expertises sur les méningocoques ont été ainsi conduites par les deux institutions pendant plusieurs années.
Le docteur Jay Wenger qui est l'un des premiers auteurs dans le camp OMS est représentatif de cette collaboration, il a construit sa carrière en faisant la navette entre les deux institutions. En 1997 alors qu'il signe sous la bannière de l'OMS il y est en fait mis à disposition pour six ans par le CDC où il exerçait le poste d'épidémiologiste en chef dans la section dédiée aux bactéries de la méningite et aux pneumocoques.

La première signataire au niveau de MSF /Epicentre est Anne .V. Kaninda, conseiller médical au niveau de l'ONG. L'association, Epicentre a été créé en 1987, seize ans après la naissance de MSF, par des médecins de l'ONG formés en épidémiologie aux Etats Unis et désireux au

[1] Voir à ce titre la présentation qu'en fait MIRKO D. GRMEK , Histoire du SIDA début et origine d'une pandémie, Paris Editons Payot, 1989, pages 32-33

travers cette nouvelle structure de mettre en confrontation intelligence épidémiologique et pratique clinique d'urgence. Une critique à l'intérieur et à l'extérieur de l'ONG du manque de professionnalisme de MSF a conduit à privilégier le management des ressources et des hommes mais également d'inclure des études épidémiologiques parmi l'expertise de l'ONG. Epicentre développe depuis le début des années 1990 une nouvelle orientation de l'action humanitaire basée sur la recherche-action entendue comme des questionnements de recherche issus du terrain et qui sont traduits en termes d'actions de santé publique. Les statistiques sont un moyen d'objectiver les réalités cliniques, la pertinence des observations sur le terrain humanitaire et de dégager des normes épidémiologiques avec une nette influence de l'épidémiologie américaine notamment et surtout le CDC[1]. L'émergence d'Epicentre dans le champ d'activité de l'ONG oriente les pratiques de celle-ci vers *une evidence based medicine* sur le champ de la médecine humanitaire. On assiste dès la fin des années 1980 à des évaluations de protocole thérapeutique en temps d'épidémie pour déterminer l'efficacité du Chloramphénicol dans des pays de la méningite avec des négociations importantes pour permettre ces types d'innovation[2]. La diffusion élargie des protocoles de standards cliniques a renforcé l'intégration d'une clinique transnationale au sein du projet humanitaire[3]. Dans la seconde moitié des années 1990, Epicentre devient un locuteur dont l'expertise est reconnue au sein de l'OMS mais également du CDC, certaines réunions entre ces institutions mettent en exergue un véritable réseau de savoirs autour de la méningite épidémique. Une année avant le déclenchement de la controverse, l'association est nommée centre collaborateur de l'OMS pour l'épidémiologie et la réponse aux maladies dites émergentes. Ensuite 8 mois avant le premier article qui a déclenché cette controverse est créée à Genève, le GIC ou ICG (groupe international de coordination pour l'approvisionnement des vaccins antiméningococcique) qui réunit plusieurs institutions sanitaires, des ONG dont MSF (comité exécutif) qui y joue un rôle important. L'objectif est de déterminer les besoins des pays de la méningite, de créer un stock de vaccins et des règles permettant d'y accéder en temps d'épidémie.

---

[1] DODIER, 2011 :119

2V/Ref : EUGENIE D'ALESSANDRO, 2011, pages 62-75

[3] DODIER, 2011: 120

Les acteurs de la controverse et les arènes à partir desquelles ils s'expriment soulignent une transversalité des mondes qui permet le passage ou l'inscription d'un acteur dans plusieurs arènes. Les types de connaissances sur le vaccin ou le dispositif sont différents selon les ancrages disciplinaires et la relation au terrain. Gotschlich est l'inventeur de l'objet controversé, Reingold a été son évaluateur, certains des auteurs siègent dans le comité des experts de l'OMS et décident de la politique de santé des pays et les humanitaires sont confrontés au terrain.

4.6 Second Round : La preuve dans l'épreuve. La rationalisation du monde chaotique des épidémies

Trois ans après la première confrontation, deux évaluations proposent de trancher la question[1]. Elles sont publiées à un mois d'intervalle dans le *Pediatric Infectious Disease Journal* (PIDJ) et dans le *Lancet*. Les évaluateurs sont du CDC et de l'OMS mais ne déclarent aucun conflit d'intérêt ce qui est pour le moins paradoxal compte tenu que certains comme Bradley Perkins sont impliqués dans la controverse et se retrouve en conséquent juge et parti. L'objectif des évaluateurs est de trouver le modèle plus pertinent en terme économique en comparant la méthode de Robbins et ses collègues à la stratégie de l'OMS et à une autre ciblant la vaccination des enfants et des adolescents dans le milieu scolaire sur une période de 49 ans. L'évaluation qui se base sur un modèle mathématique propose de prendre en compte plusieurs variables tels que le coût de la vaccination, sa faisabilité, le nombre de vies sauvées et les séquelles évitées. L'évaluation parue dans le PIDJ ne cite aucun auteur de la controverse, ni la controverse elle-même, le ton est neutre. Celle dans le *Lancet* qui est plus une évaluation rapide en situation d'épidémie, compare le coût d'une vaccination avec des variables de temps différents (quelques jours avant l'épidémie/quelques jours après l'épidémie/avec des aléas). Les deux évaluations concluent à des pourcentages de vie sauvée dont la différence (5%) est minime selon que l'on est du côté de la stratégie de Robbins ou du camp de la défense. Cependant le coût du premier est supérieur à presque 8 millions de dollars, ce qui ramène les évaluateurs à se prononcer pour la stratégie réactive.

[1] MILLER M.A, et al., 1999, Evaluation of meningococcal meningitis vaccination strategies for the meningitis belt in Africa. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 18(12):1051. et Woods, C.W., et al., 2000, Emergency vaccination against epidemic meningitis in Ghana: implications for the control of meningococcal disease in West Africa. *The Lancet* 355(9197):30-33.

Dans le prolongement de l'article deux réactions sont publiées dans le même numéro du *Lancet*, la première de l'IRSMI Niger est co-signée par son directeur et une seconde par MSF. Pour les chercheurs de l'IRSMI, la forme d'expression de santé publique prônée par les experts du CDC et de l'OMS est un déni du « scientifiquement correct[1] ». Ainsi la recommandation finale de ces auteurs qui n'ont pas éprouvé la méthode de masse en refusant son application dans les pays africains s'identifie à une tentative de « découragement ». Quant aux seconds, ils interrogent la place des pratiques à la marge telle que la prise en charge des malades dans une stratégie qui privilégie tant la surveillance et la préparation. Ce qui oppose au fond les détracteurs de cette deuxième phase de la controverse, c'est principalement la différence dans la manière d'appréhender le délai d'une campagne de vaccination organisée alors que l'épidémie est en cours et donc la différence dans l'imaginaire du temps : beaucoup trop court pour les partisans du NICH, de l'IRSMI et de MSF et tout à fait bien chronométré pour le CDC et l'OMS pour autant que les pays donnent l'alerte à temps. Dans cette phase, quelques auteurs de MSF ont basculé dans une position intermédiaire.

Les périodes d'épidémie sont effectivement des événements courts impliquant le désordre qui requiert une action d'urgence et donc de se préparer[2]. Deux imaginaires s'opposent celui d'hommes de terrain faisant face aux épidémies régulièrement, qui s'interrogent sur la prise en compte des contextes réels de pays sahéliens, et un autre camp, les experts perçus par les premiers comme des stratèges complètement déconnectés des réalités structurant les pays de la méningite.

Le NICH répond neuf mois après l'article et les réactions sur le *Lancet*, c'est la revue du *Pediatric Infectious Disease Journal* (PIDJ) qui à sa rubrique Point de vue et Analyse accueille la riposte. La réponse de Robbins et de ses collègues est sèche et la critique nettement plus vive qu'au premier acte de la dispute. Le choix du titre : "*A rebuttal : epidemic and endemic meningococcal*

---

[1] F De Chabalier, F et al, 2000, Meningococcal immunisation in Ghana. LANCET-LONDON-:2252-2252.

2 ANDREW LAKOFF, 2006, From disaster to catastrophe, the limits of preparedness http://understandingkatrina.ssrc.org/Lakoff/printable.html, consulté le 10 novembre 2010

meningitis in sub-saharan Africa can be prevented now by routine immunization with group A meningococcal capsular polysacharride vaccine"/ « Réfutation : l'épidémie et l'endémie de méningite à méningocoque en Afrique sub-saharienne peut être empêchée maintenant par la vaccination de routine avec le vaccin capsulaire polysaccharide A[1] », transpose le débat dans le champ lexical de la dispute. L'objectif est sans ambiguité:

> *"We concentrate on the areas of disagreement and on the lack of efficacy of the WHO strategy, renew our recommendation of mass vaccination of the entire population followed by routine vaccination and offer a realistic and constructive agenda for the introduction of conjugate vaccines[2]."*

Les intertitres sont des phrases déclaratives de type : « le vaccin induit une immunité collective » ou encore « la recommandation de la réponse vaccinale à l'épidémie par l'OMS est erronée[3] ». Contrairement au premier article paru dans le *Lancet*, la seconde intervention des auteurs du NICH est plus virulente tout en ayant la volonté d'inscrire leur prise de position et leur recommandation dans une future politique de redéfinition de la stratégie de contrôle des épidémies. Par conséquent, le papier est formellement pédagogique, il revient sur le processus de découverte du principe immunologique du vaccin et rappelle les études prouvant son efficacité sur les nourrissons. Un bataillon d'alliés, cités dans les références sert à confirmer les arguments des auteurs. La seconde partie de l'argumentation propose une stratégie de vaccination à « 4 doses » pour le vaccin contre la sérogroupe A, consistant à vacciner l'enfant à quatre reprises entre 3 mois et 5 ans, proposition motivée par l'hétérogénéité de la réponse immunitaire reconnue chez les enfants. La stratégie de l'OMS est perçue comme « illogique » et « inacceptable ».

La valeur prédictive du seuil, notion clé à partir de laquelle l'épidémie se construit est remise en cause. Rappelons que le « seuil épidémique » sert à polariser les manifestations du phénomène pathologique en deux : l'endémie et l'épidémie, ce qui est par ailleurs au fondement de la stratégie d'urgence. En l'érigeant en norme, selon Robbins et ses collègues, l'OMS met un délai

[1] Traduction de l'anthropologue

[2] ROBBINS & al, 2000

3 Les énoncés ont été traduits par moi.

trop long entre la préparation et la réaction des pays pour canaliser le phénomène épidémique. Les taux de létalité élevés observés lors de la pandémie précédente sont imputés à cette généralisation du critère des grands nombres dans la politique de santé publique concernant les pays de la méningite.

Tableau 3 : la stratégie des six doses préconisée par Robbins et al, 2000

Age à vacciner	Vaccin A	Vaccin C
3 mois	2 injections (espacée un mois)	-
2- 5 ans	1 injection	1 injection
5 ans	1 injection	1 injection

Ce désaccord va cristalliser les tensions entre les protagonistes des différents camps. La politique de l'urgence et la sélectivité se fondant sur une idéologie du coût/bénéfice est rejetée par les auteurs de la NICH qui le mettent en opposition avec la grammaire de *l'effectiveness* insistant sur l'importance de reconnaître les services rendus par le vaccin. Pour les partisans d'une vaccination de masse, il y va de la "responsabilité" de l'OMS d'améliorer les conditions de lutte contre la méningite épidémique non d'approuver le *statu quo,* c'est-à-dire la complaisance dans les couvertures vaccinales faibles. Les auteurs concluent leur article par un appel vers à la démocratie technique où les acteurs soucieux du bien être des enfants africains sont invités à se faire leur propre opinion en s'appropriant le savoir scientifique.

> *"The WHO strategy for control of meningococcal epidemics is faulty and has failed. We urge all those who care for African children to read each of the references cited in this and our other article for a more informed opinion[1]."*

1ROBBINS, J.B & al, op.cit

Trois basculements sont opérés à ce niveau du discours par les auteurs : la quête d'un régime de connaissances, une économie morale de la vaccination et une remise en cause de l'hégémonie institutionnelle. Le premier peut être interprété comme un encouragement à décloisonner les savoirs scientifiques pour que l'opinion puisse être incluse dans le débat et s'outiller pour choisir la meilleure alternative. Ici la science encourage la démocratie technique et la confrontation d'idées qui dans la lutte contre la méningite épidémique au Sahel fait défaut. Robbins et ses collègues sont-ils à la recherche d'alliés dans l'espace public ? L'appel à la fin de l'article le laisse supposer. Faire appel à d'autres protagonistes dans la controverse peut être analysé comme étant une tentative d'élargir non seulement la controverse mais aussi pour avoir de nouveaux alliés.

Plusieurs études sur les controverses ont mises en évidence le fait que les arguments des scientifiques ne suffisent pas à faire pencher les décisions politiques. Le parcours de Robbins « aguerri » à d'autres controverses comme l'ont reconnu certains de ses collègues dans des discours revenant sur sa carrière[1]permet de supposer que la dispute ne s'épuise pas mais que les scientifiques aspirent à donner un autre contour à l'épreuve. Par ailleurs, les propos fléchissent vers une économie morale de la vaccination. La morale de la science comme la morale politique devrait selon la NICH pencher pour une grammaire de l'efficacité et l'usage d'une stratégie qui profite au plus grand nombre, ceci dans un espace élargi. La posture de l'OMS, du CDC n'est pas morale parce qu'elle subordonne à la vaccination un discours économique glorifiant la rentabilité. Or, l'extension de la « ceinture de la méningite » se pose comme une urgence et doit dépasser l'esprit de rentabilité, ce qui infléchit le discours moral à la fin de l'article, vers un plaidoyer lancé aux pays africains ainsi qu'à leurs "amis" à dépasser les cadres dans lesquels sont inscrites les décisions concernant le contrôle de l'épidémie de méningite.

1 V/Ref Recognition of excellence in vaccinology and global immunization adresses by GEORGE.R. SIBER, JOHN.B.ROBBINS, 2001, Crystal City Virginia,

Il est possible de recourir ici à la sociologie de la critique notamment l'analyse par les cités dans la dispute[1]. Si le camp de Robbins fait amplement référence à la cité civique par le recours à un modèle de politique de santé publique qui se préoccupe d'une justice sociale fondée sur une distribution massive des vaccins, le camp adverse est impliqué dans la cité industrielle qui fonde la grandeur dans la capacité des états africains et à leur système de santé à ordonner, planifier, surveiller à long terme.

La remise en cause de l'hégémonie de l'OMS donne un aspect tranchant à la dispute comme l'illustre la critique frontale ainsi que les arguments autoritaires des auteurs. Le NIH est une vieille agence qui comprend un vivrier important de scientifiques sollicités par les organisations comme l'OMS ou une agence comme le CDC depuis les années 1950. L'expertise de ses chercheurs ainsi que la formation qu'ils ont eu à délivrer à la demande de ces deux institutions renforcent leur légitimité. Bien que cantonnés aux Etats Unis et peu enclin à des interventions extraterritoriales, les chercheurs de la NIH ont par le temps eu un degré d'avance sur le CDC et l'OMS dans la maîtrise des technologies de pointe et de la recherche sur les pathologies transmissibles. L'intervention de Gotschlich, père du vaccin polysaccharide et de Robbins inventeur d'un vaccin conjugué est à inscrire sans doute dans une démarche historique et institutionnelle plus profonde qui permet de comprendre la critique scientifique de l'hégémonie de l'expertise et de la politique de l'OMS.

Ensuite il est important de souligner que cette controverse a pour finalité de prescrire la meilleure solution possible pour les pays africains exposés aux épidémies de méningite qui sont exclus du débat pour autant. La controverse a malgré tout une finalité constructive, elle ne cristallise pas seulement des désaccords, mais tente de proposer des solutions. La controverse est aussi un espace dialogique, de ce fait, un débat est instruit, dans lequel les acteurs sont inscrits dans un processus d'apprentissage, qui les conduit parfois à revoir leur position[2].

4.6.1. Le nouveau déchiffrage de l'épidémie : la réunion de « consensus » à Paris

---

[1] BOLTANSKI L, 1991, pages 107-157

2CALLON M, LASCOUMES P & BARTHES Y, 2001, pages 55 et 58

En 2000, la controverse s'est resserrée sur les fondamentaux des désaccords des deux camps avec la reconnaissance par l'OMS et le CDC, du caractère préventif du vaccin. Moyen de tempérer l'intensité de la controverse ou première réelle main tendue pour repenser le statut de cette stratégie à l'échelle continentale ? En réalité, en 1999 déjà, commençait à se dessiner, la volonté des décideurs de prendre en compte les critiques lancées à l'encontre de certains critères de définition d'une épidémie, rendus obligatoires depuis le premier guide de contrôle des épidémies de méningite publié en 1998. L'année d'après, à la réunion annuelle de l'ICG à Bamako, quelques représentants d'institution sanitaire des pays africains en présence de laboratoires pharmaceutiques avaient souligné la complexité et le flou des critères de définition d'une épidémie de méningite. Le critère du seuil[1] par exemple retient particulièrement l'attention des décideurs. En juin 2000, un peu avant la seconde réponse de Robbins et de ses collègues, est organisée à Paris avec l'aval de l'OMS ce qui est appelé : *Réunion de consensus sur les seuils épidémiques de la méningite en Afrique.* Elle réunit les experts du CDC, de l'OMS, l'IRSMI et le SNIS Niger ainsi que des représentants de pays à forte incidence tel que le Mali et surtout l'ONG MSF et son bras technique Epicentre, principaux instigateurs de la réunion qui se déroule à la rue Saint Sabin, siège de l'ONG. On les nommera le collectif du 20 juin. Rappelons qu'Epicentre est centre collaborateur de l'OMS pour l'épidémiologie et la réponse aux maladies dites émergentes. Sa part active dans les vaccinations de grande échelle contre la méningite en Afrique de l'Ouest et centrale, lui ont valu une place importante. Cette réunion permet à cette « satellite[2] » et à son centre (MSF) d'asseoir leur légitimité au sein des experts qui se sont constitués bien avant eux et de privilégier une approche plus massive de la gestion des épidémies de méningite derrière lesquelles les individus disparaissent au profit de calculs statistiques.

---

115 cas sur 100 000 personnes à l'échelle d'un district avant la réunion du consensus, après celle-ci les seuils (alerte et épidémique) prennent en compte plusieurs variables ou contexte et le seuil d'alerte fixé à 5 cas permet de préparer l'épidémie, de renforcer la surveillance, de lancer une investigation, de ressusciter les CNGE et de pré-positionner les vaccins tandis que le seuil épidémique, 10 cas, permet de déclencher l'action vaccinale.

[2] Voir BRADOL J-H et VIDAL C, 2011

La méthode de travail à la rue Sabin est celle-ci : il est demandé au collectif de faire des présentations qui dressent le bilan des connaissances confrontées aux expériences de terrain puis de dresser l'inventaire des problèmes rencontrés dans la mise en application de la stratégie. Il apparaît clair après la liste profuse de questions de méthode, de l'ambiguïté des termes utilisés dans la recommandation de l'OMS, du contexte politique des pays entre autre, que le principe même de la stratégie en cours fait l'unanimité. En réalité, la sélectivité dont procède les participants après la plénière se focalise résolument sur un seul aspect : la question du seuil de détection d'une épidémie de méningite :

> « Dans l'exercice de mise en ordre des priorités des éléments, l'importance du délai entre le franchissement du seuil et le pic de l'épidémie a été retenu comme l'élément le plus important. Il a été conclu que les ambiguïtés de la recommandation actuelle devraient être clarifiées et qu'une nouvelle recommandation sur les seuils épidémiques de la méningite devrait prendre en compte les différents contextes ainsi que les éléments nouveaux apportés par les études récentes[1]. »

Alors qu'on pourrait s'attendre à voir enfin s'ouvrir la boîte noire des contradictions fondamentales de la politique de vaccination et transcrire les oppositions radicales entre partisans de la prévention et tenant de l'action d'urgence, à Paris se déroule en réalité, un débat bien tiède consacré par une révision tout autant mesurée. En retravaillant avec les participants aux différentes sessions organisées ce jour là sur un seul aspect du problème, le collectif du 20 juin renforce l'approche qui privilégie la réduction des vulnérabilités par le contrôle de l'épidémie. Là encore, l'action d'urgence, dont MSF est le porte flambeau est au principe même du gouvernement des épidémies. La réunion de consensus par son caractère directif va être dans le prolongement du cadre général de la philosophie de l'urgence mise en œuvre depuis deux décennies autour des épidémies sahéliennes. La détermination d'un seuil d'alerte qui permet à priori de réduire l'incidence et le délai de préparation va être adopté. Le seuil d'alerte permet de dire quand il faut se préparer et transforme l'incertitude de l'épidémie en événement

1 Document interne MSF France, Réunion de consensus sur la détection des épidémies de méningite en Afrique, Rapport de réunion, Paris, 2000

probable. La détermination d'un nouveau seuil est moins due à la reconnaissance de son bien fondé, qu'au long délai qui avait été mis pour répondre aux épidémies précédentes. Si l'on note au début de la session, une réticence du CDC à remettre en cause sa pertinence, un représentant du ministère de la santé au Niger souligne aux acteurs du collectif du 20 juin, que 70% des décès dus à la méningite surviennent lorsque la vaccination est déjà entamée. L'ordre du jour de la réunion de consensus garde cependant le silence sur le principe controversé de la vaccination réactive recommandée par l'OMS. C'est que l'ICG est aussi un des principaux instigateurs de cette concertation entre acteurs de santé publique. Or l'ICG dont MSF est membre exécutif est l'émanation de la stratégie d'urgence puisque ce n'est qu'en respectant le protocole de définition d'une épidémie validée par l'OMS autre membre exécutif, que les ressources nécessaires au gouvernement des épidémies sont accessibles aux Etats ayant fait la demande. En fait, l'ICG agit tel un levier lorsque plusieurs critères sont réunis afin de délivrer des vaccins par une logique rigoureuse et perçu comme contraignant par les acteurs de santé publique nigériens qui doivent suivre un protocole rationnel, linéaire et à case. D'autre part, le principe même de la stratégie de l'OMS ne peut être remis en cause alors que ses détracteurs les plus radicaux sont absents (Robbins, Gotschlich) de la réunion de consensus.

La nouvelle approche de contrôle épidémique va être basée sur deux seuils : alerte et épidémie Pour le collectif du 20 juin, il est nécessaire de ne pas de donner de fausse alerte et par conséquent d'analyser et d'organiser méthodiquement toutes les étapes qui mènent à une vaccination sélective, moyen le moins ruineux pour contrôler les épidémies au Sahel. Les principales ressources mises à disposition pour déchiffrer l'événement seront désormais le contexte épidémiologique, la situation vaccinale (si les populations ont été vaccinées ou pas l'année d'avant) et le découpage territorial des districts de santé devenus des zones d'épidémie. Les choix qui ont été faits par le collectif du 20 juin seront intégrés dans le processus de décision engageant une nouvelle recommandation sur le contrôle des épidémies d'abord au Caire à la réunion de l'ICG trois mois plus tard, puis dans les guides de l'OMS. La position clé de MSF/Epicentre dans l'arbitrage du débat a permis à l'organisation de défendre une position légitimisée lors de la controverse et d'influencer la politique de santé publique. La controverse

est de ce fait aussi et surtout le lieu de matérialisation de la nouvelle reconfiguration de l'action humanitaire et de la dépolitisation du choix vaccinal car la stratégie vaccinale telle qu'elle fait l'objet de redéfinition relève pour l'ONG d'une question purement technique.

La réunion de « consensus » a concédé une dérisoire réponse par rapport à l'ensemble des questions liées à la stratégie mise en œuvre et désapprouvées par le camp de la NICH et de l'IRSMI. Elle n'a pas été uniquement un espace d'échange, il a renforcé les procédures de mise en œuvre de la vaccination d'urgence dans l'espace sahélien. Elle est un maillon important du processus de compréhension de la stratégie de santé publique autour de la maladie. Elle révèle avec plus d'acuité que le principe fondamental de la politique de santé publique autour des épidémies de méningite est de distinguer deux temporalités de la maladie: celle d'une augmentation de l'activité saisonnière de la méningite à une épidémie émergente. Nul ne sait réellement ce qui se passe en dehors des épidémies puisqu'elles ne font pas événement.

Les réunions de consensus ont été fondées pour élargir la discussion et désenclaver les controverses, Michel Callon et ses collègues soulignent qu'ils ont souvent une orientation scientifique et technique. Si les réunions de consensus ne sont pas destinées à répondre à toutes les questions, celle de Paris en a soulevé si peu qu'en tant que scène de la rencontre d'intérêts communs d'acteurs internationaux, on peut se demander si le « consensus » en est véritablement un ? Où n'est ce qu'une poudre aux yeux pour d'autres acteurs restés à la marge des négociations de Paris ?

4.7 Troisième round : la controverse dans les médias

« La stratégie adoptée par l'OMS revient à attendre que l'incendie commence pour prendre les mesures appropriées ! » Jean-P Chippaux, Le monde diplomatique, 2001

La réponse à cette question est donnée presque un an plus tard, lorsque la controverse bascule dans le régime de la polémique. J-P Chippaux relance le débat. Il va extraire la controverse du lieu clos des sciences biologiques et de l'épidémiologie vers l'espace publique, des revues

scientifiques prestigieuses et fermées vers l'arène médiatique, creusant l'abcès. En mai 2001, il choisit d'intervenir dans le monde diplomatique, un journal plutôt à gauche, à tendance altermondialiste, publié dans 27 langues et qui se veut être « un pourfendeur de la pensée unique », se positionnant à la « première ligne de ce qui est dans l'angle mort de la presse ». Le titre de l'article du Dr Chippaux est sans détour: *Conflit autour de la méningite*. Style quasi lyncheur et ton accusateur, c'est à une économie politique de la maladie que se livre le chercheur. En rappelant le cadre dans lequel les épidémies de méningite font leur ravage, et substantiellement la controverse à laquelle leur contrôle a donné lieu à la fin des années 1990 dont la dispute sur les seuils est jugée la plus futile, Dr Chippaux se livre à une critique de l'hégémonie des agences internationales sanitaires dans le gouvernement des épidémies de méningite en Afrique. L'OMS est attaqué de front pour privilégier en Afrique une méthode « frileuse » destinée à contrôler les épidémies de méningite alors qu'elles ont déjà eu lieu et de tordre la finalité traditionnelle du vaccin en le transformant à un outil « curatif » contrariant ainsi son projet préventif. Sa stratégie est jugée peu efficace, non avenue et dépourvue de sens.

Le CDC en prend également pour son compte, l'agence est critiquée pour son influence dans le contrôle des épidémies alors que son apport économique et stratégique est jugé négatif au regard de l'appui financier de l'Union Européenne non impliqué pourtant dans les décision qui engagent la stratégie de lutte contre la maladie sur le continent africain. Quant au Groupe International de Coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique, il n'est qu'un garde fou avec un stock fictif de vaccins qui oblige les pays à se détourner vers d'autres moyens d'acquisition de vaccins. La stratégie d'urgence est décriée en tant que système qui maintient les pays dans la spirale de l'aide et permet aux ONG d'urgence d'y trouver leur compte. Présentée ainsi, la critique de la stratégie vaccinale et du « conflit » actuel sur les méningites épidémiques parait radicale et frondeuse. Pourtant, les questions soulevées par l'auteur soulignent avec force que le gouvernement des épidémies de méningite transcende en réalité celle des états nation. Il fait montre d'un entrelacement d'intérêts économiques, de jeux institutionnels et de choix politique rendant complexes les enjeux qui les sous tendent au Niger aussi bien que pour l'ensemble des pays africains concernés. Dr Chippaux s'interroge sur le

bénéfice tiré par les populations africaines d'une telle stratégie sacrifiant plusieurs vies humaines et soulève la dimension morale de certains choix de santé publique. Au mois de septembre, quatre mois après l'article dans le monde diplomatique, c'est dans un journal peu visible destiné aux chercheurs de l'IRD et distribué gratuitement qu'il poussera une dénonciation rageuse sur l'escroquerie des industriels pharmaceutiques. La réponse du Dr Chippaux dénie la légitimité des décisions du collectif du 20 juin et donne à comprendre une "réunion de non consensus".

Le basculement de la controverse dans l'espace médiatique a décloisonné d'une part la question de la stratégie de maîtrise des épidémies de méningite du cercle des experts dans lequel il a été cantonné pendant cinq ans et d'autre part l'a fait accéder au monde francophone par le biais du Monde diplomatique. Le régime de l'épreuve s'est modifié selon qu'on suit les chercheurs dans leur laboratoire confiné ou dans l'espace public, les questions techniques et les discordes scientifiques s'affinent pour passer à un langage de déconfinement. Les questions complexes de la controverse scientifique et technique deviennent « futiles » devant les « réelles » questions morales et les enjeux économiques autant politiques et sociales qui sont livrés dans l'espace public. L'auteur essaie de démontrer que des individus sont sacrifiés et revêt une figure du dévoilement et de la dénonciation d'une stratégie politique où les agences internationales de la santé prennent la mauvaise place. Cette position n'est pas sans danger, l'auteur révèle dans un entretien son expulsion des cadres scientifiques dédiés à la recherche sur les méningites et notamment lors des conférences de l'IRSMI au Niger. Par ailleurs le passage à la polémique, n'a pas servi de régulateur puisque les autres protagonistes (l'OMS, le CDC, MSF) sont passés à la normalisation. Comme Chateaureynaud et Torny le soulignent le travail de normalisation est susceptible de se poursuivre en dépit d'une nouvelle épreuve remettant en cause l'accord antérieur[1], ici celui sur un seuil d'alerte décidée à la réunion de consensus de Paris.

La période post pandémique cristallise les inquiétudes et les incertitudes des acteurs de santé publique qui font éclater la bulle des questionnements et des différences de point de vue. Bien

1 CHATEAUREYNAUD & TORNY, 1999 : 87

qu'elle s'inscrive comme une rupture dans le cheminement de l'histoire politique des épidémies de méningite, cette épreuve est dans le prolongement de la construction du problème de santé publique. Elle a produit un nouveau rapport à la politique de l'épidémie dans la mesure où la rationalisation de la stratégie de lutte contre les épidémies replace la veille sanitaire au cœur de la santé publique. Une autre caractéristique importante se situe au niveau des ONG comme MSF qui renonce à la critique morale au bénéfice de normes épidémiologiques. On assiste ainsi à une pluralité des mondes.

La controverse montre que le vaccin est un outil politique en temps d'épidémie les procédures de l'ICG, le seuil épidémique, le mode d'intervention sont autant de cadre ne permettant son usage que dans les circonstances de l'exception en l'occurence une eépidémie. Dans les pays sahéliens, on attend l'avènement des preuves statistiques fournies par la surveillance selon la méthode de l'épidémiologie ce qui est à plusieurs reprises critiqué par le camp de l'accusation. On peut signaler qu'il y a un affrontement de cultures de la santé publique différentes, rappelons que contrairement en Afrique, en Europe notamment en France, l'importance prise par la politique de la vigilance tend à favoriser la prise en compte d'une véritable loi des petits nombres en santé publique[1].

4.8 La table ronde de l'OMS

En 2003, un dernier débat suscité par l'OMS va regrouper l'ensemble des protagonistes de la controverse, d'autres experts notamment des biologistes moléculaires ainsi que les promoteurs d'un nouveau vaccin conjugué contre la méningite. Cette réunion ne débouche pas sur un consensus définitif puisque les acteurs ne changent pas d'avis et maintiennent leur déclaration. La rencontre a pour but d'admettre le renversement de perspective et de paradigme en invitant au centre du débat l'importance d'un futur vaccin conjugué pour les pays africains qui n'en disposent pas encore. Par ailleurs, elle est hautement stratégique, car c'est la NIH qui sera sollicitée dans des consultations privées pour accepter un transfert technologique du principe de fabrication de vaccin conjugué à l'industriel d'un pays du sud pour la mise au point du

1 Voir à ce sujet CHATEAUREYNAUD F et TORNY D, op.cit, page 93, mais également la thèse de FRANCK FOURES, 2011

vaccin. Le débat sur l'immunité du vaccin sera clos. On notera l'effacement d'une ambiguïté contenue dans les articles scientifiques entre 1997 et 2000. La même année en effet l'OMS admettra dans son bulletin épidémiologique :

> « Du fait de l'immunité collective (qui fait que la transmission est bloquée lorsqu'un pourcentage critique de la population a été vacciné, et que la protection est ainsi étendue aux personnes non vaccinées), ces épidémies se produisent sur un mode cyclique[1]. »

Cette reconnaissance d'un des points les plus controversés du débat signera définitivement le chapitre de la controverse entrée dans sa phase d'essoufflement.

[1] OMS, Weekly Epidemiological Record, 2003, 78 (33), 285-296

Chapitre 5. Institution 2. Une ethnographie au ministère. La fabrique de la santé publique en période épidémique au Niger.

« C'est de la confrontation d'éléments, d'avis, d'intérêts extrêmement divers, souvent contradictoires, que naissent les décisions de santé publique. » François Rodhain & Jean-François Saluzzo, le mystère des épidémies, Paris, Editions Tallandier, 2005

Ethnographier la santé publique en train de se faire revient à se donner la possibilité de comprendre des pratiques et des prises de décision, les épreuves qui engagent le collectif réuni pour décider de la maîtrise de la méningite épidémique. La perspective bien que dynamique n'est pas aisée, le CNGE a dans son champ de compétence vingt et une maladies prioritaires même s'il ne traite que de 5 à 6 problèmes de santé publique pendant l'année : la méningite, la rougeole, le paludisme, la poliomyélite, la malnutrition, le choléra en somme les maladies qui causent le plus de problèmes de santé publique dans la saison ouverte. Le CNGE s'est constitué par l'agrégation d'individualités appartenant à des champs professionnels différents. Plusieurs professionnels de formation différente sont réunis : épidémiologistes, médecins, bactériologistes, programmateurs, membres d'ONG pharmaciens. Certains acteurs humanitaires présentent des parcours professionnels hétéroclites notamment les logisticiens. Les agents de santé publique qui y délibèrent ont des politiques institutionnelles différentes, des cultures professionnelles opposées, une hétérogénéité des parcours, des intérêts qui les opposent et le Comité National de Gestion Épidémique n'est qu'un moment et une petite partie de leurs prérogatives. Les vies et les pratiques des membres du comité sont multi situées éclatées entre leur propre institution, le comité, leur terrain d'intervention (s'ils sont membres d'ONG, épidémiologistes investigateurs ou encore travailleurs des Nations Unies) et une vie nomade qui les conduit à prendre l'avion pour participer à des séminaires régionaux sous régionaux ou internationaux ou encore à quitter le Niger à la fin de leur mission. Le comité du fait de cette diversité est par ailleurs un lieu de tensions autour de problèmes de santé souvent à gérer dans l'urgence et engageant des décisions devant être éclairées. Il met en scène de profonds clivages liés à des situations de terrain différentes, à des rapports de pouvoir entre organismes chargés de la

gestion de la vie.

Ma volonté étant de suivre comment les épidémies de méningite font problème, il revenait de trier les informations qui m'étaient utiles au sein d'une institution décidant de problématiques hétérogènes liées à la maladie et de suivre attentivement l'arbitrage des questions relatives aux épidémies de méningite.

L'univers des réunions hebdomadaires du comité devient vite familier, une familiarité dangereuse et équivoque pour l'ethnologue, l'habitude prise d'écouter les discours techniques des experts engendre deux états : de l'ennui ou de l'empathie devant les acteurs fixant d'un air préoccupé la courbe statistique de la méningite et écoutant d'une oreille attentive les pronostics d'un expert de l'OMS "tirant" sur le Nigeria ou sur les acteurs nigériens accusés de laisser empirer la situation. L'observateur s'y noie et je me suis prise au jeu des préoccupations des épidémiologistes, maîtres incontestés de ces réunions, fixant avec inquiétude semaine par semaine le « décolage » de la courbe statistique représentant l'évolution locale de l'épidémie de méningite, en attendant l'arrivée des vaccins promis par les partenaires internationaux. L'observation pouvait également se muer en attitude passive amorphe devant un monde désincarné fait de chiffres. Le CNGE est un univers où l'on débat de « cas » et de « DC » (décès), de logistique et de stratégie, les populations bien qu'au cœur des préoccupations sont bel et bien absentes. Les humanitaires bien qu'étant membres du comité n'y traitent pas d'affect mais de logistique. On n'y témoigne pas, on y planifie. Un anthropologue est plongé dans une abstraction relative, s'il ne fait pas l'exercice d'un aller retour entre le monde du dehors et le cercle confiné des experts qui ne se laissent pas envahir par les émotions. Ils font à l'intérieur de ce collectif, habituellement l'exercice du soupçon. Ils ne sont pas imperméables au sort des populations mais leur type de rationalité privilégie l'envergure mathématique de l'expérience collective de l'épidémie. Celle-ci relève d'une situation ordinaire tant qu'il s'agit de maladies courantes et familières, la grippe pandémique de 2009 qui a coexisté avec une épidémie de méningite entre moins dans cette configuration de situation ordinaire. Par ailleurs, la pression permanente des institutions internationales liée à l'emballement médiatique et à la peur des maladies infectieuses à potentiel pandémique

dans les pays du Nord se pose crûment au CNGE. La gestion de la grippe pandémique au Niger comme relevant d'un danger national a conduit à questionner la souveraineté du Niger sur les questions de santé publique[1].

Une autre finalité de l'étude était de comprendre les pratiques concrètes du CNGE. L'intérêt scientifique était d'autant plus grand que j'avais fait une étude préliminaire en observant la riposte épidémique dans une zone située au nord du pays. Cette expérience épidémique au ras du sol, permettait de relier les décisions sanitaires en haut et la pratique concrète des populations et des acteurs de santé publique à l'échelle locale. Il était question au niveau institutionnel, de voir qui décide de la maîtrise de la méningite au niveau national, et comment ces décisions s'inscrivent au niveau local. J'ai choisi de suivre les acteurs du comité dans le processus d'élaboration des décisions de santé publique relatives à la méningite. Un terrain au sein du CNGE présente l'avantage de mener une ethnographie au temps de l'action, car on ne peut pas minimiser l'importance de la co temporalité entre l'épidémie et les prises de décisions. Cette co-temporalité de l'épidémie et de sa quête de résolution font la spécificité cette ethnographie en milieu institutionnel. Il s'agira de ce fait de ne pas faire l'impasse du temps ethnographique[2] et de relever comment les comportements des acteurs sont inscrits dans un contexte donné[3]

Ce chapitre se structure en différentes étapes. La première concerne les conditions de mise en place d'un comité national de gestion épidémique dans la seconde moitié des années 1990 suite à la pandémie de méningite de 1995, une autre étape concerne le monde éclaté des acteurs et de leur ontologie et enfin le discours sur la surveillance.

---

1 THIONGANE O, 2012 (a)

2 FABIAN, 1983

3 BENSA, 1996

5.1 Extrait de naissance :

Le CNGE a été institué par arrêté ministériel N° 0042/MSP/SG du 20 février 1998. L'analyse de l'organigramme du ministère de la santé souligne que le comité est un organe de la Direction des statistiques, de la santé et de la Riposte aux épidémies (DSSRE) qui dépend du Ministère de la santé. Le Comité se tient d'ailleurs dans les locaux de cette direction. La DSSRE a pris cette appellation suite à un décret, un an avant ce travail ethnographique au CNGE. Cette institution est l'ancien Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Niger, il a été créé en décembre 1992 mais existait depuis 1960 sous l'appellation : Système de Surveillance Epidémiologique (SSE). Elle a bénéficié d'une importante réforme institutionnelle grâce à un appui financier et technique de l' *l'United States Agency for International Development* (USAID). Cette aide s'est faite dans le cadre global d'appui au développement sanitaire du Niger et de soutien au recouvrement des coûts. Le contrat qui lie alors la République du Niger et les Etats-Unis d'Amérique par l'intermédiaire de l'USAID spécifie une subvention de 21 300 000 $ concernant la somme de l'assistance au programme. L'accord stipule au chapitre 5 concernant la planification l'importance de réformer le SNIS et de fournir :

> « Un système d'information sur la gestion susceptible de fournir des données fiables sur les capacités opérationnelles des services de santé (infrastructures, personnel, équipement, véhicules) développé, utilisation de certains services tels que ceux de la santé maternelle et infantile ; et ressources humaines (y compris les recyclages). Plan d'action préparé pour améliorer l'utilisation du système d'information sur la gestion du niveau central et départemental[1] »

Un logiciel mis au point par le CDC, EPI-INFO sera en charge de collecter les données sur les capacités opérationnelles, d'autres logiciels comme SPSS et STATA sont mis à disposition et sonnent l'ère de la gestion statistique.

---

1 USAID, Neuvième avenant de l'accord de subvention au développement sanitaire. Subvention de l'USAID n°683-0254 et 683-0276, page 9, document MSP

Cet appui, apporté de 1986 à août 1995 a permis aux agents du SNIS spécialisés dans la surveillance de se former et d'acquérir des technologies nouvelles. La plupart des formations seront également financées par le biais du Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée (PASEI) mis en place par le gouvernement canadien et qui est encore en place[1]. Les nouvelles technologies autorisent l'abandon des calculettes et les télégrammes officiels de santé au profit des ordinateurs, de logiciels de gestion informatique capables de centraliser des données sanitaires, du téléphone et des radios. Les locaux dans lesquels se tiennent les réunions gardent encore la trace des anciens câbles liés aux activités de traitement des données sanitaires et de leur envoi. L'innovation technique va par ailleurs s'accompagner d'un jargon spécialisé relevant du domaine militaire et emprunté par la surveillance des maladies et des microbes.

Le CNGE est un lieu de décideurs qui émettent leur avis sur un problème de santé publique et par la même occasion font le choix de la stratégie à adopter : vacciner ou ne pas vacciner, commander des médicaments, livrer un message d'information, rappeler les soignants à l'ordre en temps d'épidémie, envoyer des épidémiologistes sur le terrain pour confirmer ou infirmer une épidémie, etc. Le comité est né pour conjurer des phénomènes épidémiques tels que la pandémie de 1995 qui s'est soldée au Niger par un lourd bilan. L'objectif premier était de sortir de la logique du bidouillage et de l'urgence. L'OMS a battu le rappel et ouvert le débat pendant 5 jours. A Ouagadougou, le 25 octobre 1996, les ministres de la santé de l'Afrique de l'Ouest de l'Algérie et du Tchad ainsi que leurs ministres de l'intérieur font la promesse de créer des comités nationaux de gestion épidémique dans leur pays respectif. Il s'agit de structures pérennes nationales mais existant également à des niveaux intermédiaires et périphériques, chargées d'analyser les données de la surveillance et de garantir la santé publique en limitant les conséquences des épidémies. Au cœur d'un tel projet de l'importance a été accordée à l'alerte et à la vigilance. Le protocole de Ouagadougou a servi à renforcer la résolution AFR/RC 43/R7 de Gabarone sur la surveillance épidémiologique ratifiée en 1993.

1 Le PASEI a commencé en 1991, en 2003 le Niger et le Canada ont reconduit un PASEI 2. Ce projet finance également la réponse aux épidémies de méningite de 6 pays sahéliens à leur demande depuis 2002. Le fond détenu s'élevait en 2009 à 14 millions de dollars canadiens pour l'année.

Le constat à l'époque est celui-ci : il existe des technologies comme les outils de diagnostic des laboratoires pour la maîtrise des maladies infectieuses qui ne sont pas mises à contribution dans les pays du sud afin de maîtriser les maladies infectieuses ainsi que des dispositifs non pris en compte tels que la surveillance des maladies, il est temps de les renforcer. La surveillance prend dans le champ de la santé publique en Afrique de l'ouest le même contour qu'aux Etats-Unis. Elle est pensée comme le renseignement militaire avec une réelle planification, alors que dans les années 1960 et 1970, il est un concept flou, l'aveu de sa propre limite lorsque les sentinelles comme l'IRSMI ne sont pas encore mises en place pour assurer un contrôle microbiologique des pathogènes circulant dans l'espace sous régional. Si le protocole de Ouagadougou a contribué à l'inscrire solennellement au sein d'une déclaration commune des ministres de santé et de l'intérieur des pays présents, la généalogie de ce dispositif montre déjà qu'au début des années 1990, le CDC est en alerte et prévient l'OMS de la potentialité d'une épidémie majeure en Afrique de l'ouest et centrale par le biais d'un clone répandu par les pèlerins de la Mecque en 1987 au Tchad et qui menace les pays voisins. Les États Unis ont recensé à l'époque 7000 malades de la méningite dont la plupart sont cueillis à l'aéroport de New York. Claire Broome responsable des méningites et des pathogènes spéciales à Atlanta, qui a pris part à la controverse suivant la pandémie de méningite des années 1990 envoie un courrier au responsable de la division des maladies transmissibles de l'OMS accompagné d'un câble signé par Rober J Baldwin responsable du CDC. Le câble est l'exemplaire envoyé à toutes les ambassades américaines en Afrique de l'ouest et à…l'USAID.

> *"RECENT DATA INDICATES THAT A NEW STRAIN OF GROUP A MENINGOCOCCAL MENINGITIS MAY HAVE BEEN IMPORTED TO WEST AFRICAN COUNTRIES BY MOSLEM AFRICAN PILGRIMS RETUNRNING FROM THE 1987 HAJ TO MECCA…MINISTRIES OF HEALTH SHOULD BE ALERTED TO INCREASED POTENTIAL FOR EPIDEMIC MENINGITIS IN WEST AND CENTRAL*

AFRICA…SURVEILLANCE FOR MENINGITIS SHOULD BE INTENSIFIED IN THIS REGION[1]"

Cette citation ne restitue que le statut de visionnaire du CDC dans cette affaire. La suite est contenue dans le récit de la pandémie, et le jeu de piste du clone qui se diffuse pendant neuf ans de l'Est à l'Ouest de l'Afrique et qui va entraîner la plus grande épidémie de méningite connue au Niger. Notons qu'à la même année en 1987, l'USAID décide avec le gouvernement nigérien de mettre au point le SNIS. Ce souci de développer l'information sanitaire est à relier de manière globale à la réémergence ou l'émergence de maladies infectieuses à la même époque (le virus Ebola est un exemple parmi d'autres) avec une propagation rapide facilitée par les mouvements migratoires et le développement des moyens de transport .Le protocole de Ouagadougou est par conséquent une prémisse de l'incarnation la santé publique à l'américaine. La surveillance y prend une place centrale en tant que travail de renseignement à des fins de politique de santé publique[2]. Dans l'acception de Paul André Rosental, l' « intelligence » est une fourniture d'informations utiles à l'action publique dans le but de rationalisation et la construction simultanée du savoir et de l'expertise[3]. La surveillance des pays partageant les mêmes risques au sein de la « ceinture de la méningite » est devenue de ce fait dès le début des années 1990, un impératif de santé publique sous régional mais également international. L'une des principales innovations lors de la réunion de Ouagadougou furent l'introduction des paradigmes de « préparation » et de « riposte » aux épidémies. L'absence de définition du terme « préparation » dans le protocole est cependant problématique. Alors que toutes les stratégies à inclure ou à renforcer dans le dispositif sont explicitées, la préparation des épidémies ne fait l'objet d'aucune définition ou précision. Ensuite le texte du protocole de Ouagadougou servira à la création d'un décret ministériel qui fonde le CNGE sans que le terme de préparation n'y soit inclus (Voir annexe). Pourtant l'état de la préparation du Niger pendant les épidémies de méningite ne cesse d'épuiser les débats

1CLAIRE V BROOME & ROBERT J BALDWIN, 1989, Emergency Situations-cerebrospinal meningitis outbreaks, Correspondances à TIKHOMIROV archives OMS GENEVE, C/11/180/2

2 BUTON, 2006: 72

3 ROSENTAL , 2003

lors des réunions du CNGE. Cette béance m'a paru un indice majeur d'un paradoxe, la naissance de ce comité pour conjurer la crise de 1995, ne plus être dans la surprise et l'amateurisme, se préparer à une épidémie au début de chaque saison épidémique, et en même temps l'absence de pensée, de définition et de codification de l'activité de préparation au sein du CNGE, les reproches à peine voilés des experts de l'OMS au milieu de l'année 2009 sur le manque de préparation des acteurs de santé publique. Tout au plus retrouvons nous en dehors de accusations de manque de préparation, une logique qui sous tend la nécessité de se tenir prêt. Certaines réponses des interviewés comme celui du chef de division de la surveillance et de la riposte à la DSSRE et rapporteur du comité le confirment: « le CNGE a pour mandat de procéder à l'analyse de l'évolution des maladies épidémiques pour parer à l'attaque ». Or « parer à l'attaque », signifie bien de se mettre en disposition de réagir et donc de se préparer à se confronter à l'adversité. Pour les acteurs du CNGE, la préparation aux épidémies ne nécessite pas d'être définie formellement, elle est dans les préoccupations de chacun même si un membre de l'OMS trouve que dans le contexte du Niger : « c'est un gros mot, il faut toujours répéter la même chose, ce n'est pas sérieux, chaque année ils nous convoquent quand l'épidémie a commencé, ce n'est pas ce que j'appelle la préparation[1] ».

La riposte épidémique est par contre à la différence de la préparation, une pratique qui s'est institutionnalisée. Elle est définie comme : « La mobilisation des ressources et du personnel pour mettre en œuvre les activités de riposte adéquates afin de faire face à l'épidémie ou au problème de santé publique[2] ». Cette définition traduit le cœur des activités et de la finalité du CNGE et l'essentiel de nos observations : les activités liées à la mobilisation des ressources et des partenaires pour contrôler une épidémie en cours.

La mise en place de l' épidémiosurveillance combinée à celle de la mircobio-surveillance pour la méningite à l'échelle nationale date de plusieurs années. À la suite de l'émergence du

[1] Entretien avec le chargé des maladies transmissibles de l'OMS Niger, septembre 2010

[2]OMS & CDC, 2001 Guide technique de la surveillance Intégrée de la Maladie et la riposte dans la Région Africaine, page 7

sérogroupe W135, l'OMS a réorienté la stratégie de santé publique sur les méningites. Un nouveau dispositif va apparaître en 2003 qui est appelé Surveillance Intégrée de la maladie et Riposte (SIMR). Elle concerne neuf pays dont le Niger. Le terme surveillance renvoie selon l'OMS « à la collecte et l'analyse continue et systématique des données à des fins de santé publique ainsi que la diffusion à temps de l'information de santé publique à des fins de contrôle et de réponse si nécessaire[1]. » La surveillance renforcée consiste à détecter systématiquement de quel sérogroupe il s'agit afin d'évaluer la situation et d'orienter la vaccination au vu de la modification de l'épidémiologie des méningites bactériennes. Elle introduit également un dispositif nouveau : le déchiffrage par le génome qui consiste à séquencer et à tracer la provenance de la bactérie, son identité et ses capacités de nuisance. Bien qu'une infime partie de laboratoires notamment dans les zones rurales aient la capacité de faire des diagnostics bactériologiques, l'OMS va demander le renforcement de son dispositif en mettant l'accent sur la formation des techniciens, l'appui à l'IRSMI et la coopération entre les pays. C'est l'IRSMI par le biais de l'institut Pasteur Paris et du Pharo Marseille centre collaborateur de l'OMS qui s'occupera du déchiffrage par le génome et donc de fournir des informations sur l'épidémiologie moléculaire des méningocoques. L'épidémiologie va être renforcée dans sa position au moment où le W135 signalé pendant le Hadj de 2001, introduit en Afrique par les pèlerins de retour cause des flambées épidémiques au Sahel. Les microbiologistes et les épidémiologistes demeurent les pivots du CNGE, ils mènent leur expertise au sein de la DSSRE et de l'IRSMI. Jusqu'en 2000, le travail en commun de ces deux institutions était plutôt opportuniste au gré des événements épidémiques majeurs, il a été rendu nécessaire par des circonstances comme la pandémie 1995. Chaque institution menait sa surveillance de son côté, l'IRSMI n'exerçant un contrôle que sur les prélèvements envoyés par l'hôpital de Niamey. La complexification de l'épidémiologie de la méningite, l'emballement médiatique suite à la présence du W135 en Angleterre après le retour de pèlerins de la Mecque en 2002[2] et l'alerte deux ans avant par des

---

[1]WHO, 2005 (2nd édition), International Health Regulation, page 10, la traduction de l'anglais au français est de l'anthropologue.

2 BBC, 2002, Meningitis warning for Mecca pilgrims [en ligne] http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1783866.stm consulté le 17 décembre 2010 à 17h10

experts américains sur le risque d'épidémie intercontinentale a conduit l'OMS à resserrer l'étau de la surveillance autour de trois pays de la « ceinture de la méningite » dont le Niger. Ce dernier a été le premier où ce sérogroupe a été découvert au début des années 1980[1]. L'Arabie Saoudite va par ailleurs exiger une vaccination par le tétravalent 10 jours avant la venue à la Mecque de pèlerins issus des zones à forte incidence et administrer malgré les polémiques, une chimioprophylaxie aux africains et aux indiens[2]. Pour l'OMS, le renforcement de la surveillance est la stratégie la plus importante pour les pays africains d'autant que la plupart ne dispose pas du vaccin permettant de contrôler une épidémie à W135, le vaccin contre ce sérogroupe ayant un prix élevé et étant disponible que sous forme de quadrivalent[3]. La surveillance renforcée va désormais mettre l'accent sur « la collecte hebdomadaire systématique, la compilation et l'analyse des données épidémiologiques ainsi que la qualité du recueil, du transport et de l'analyse des prélèvements destinés au laboratoire[4].» Un point d'honneur selon l'OMS doit être mis sur le renforcement de la capacité des laboratoires, la formation des agents de district et le respect des procédures opérationnelles telles que le seuil d'alerte et d'épidémie définis après la réunion de consensus de Paris, ceci pour « orienter les actions spécifiques de préparation et d'action[5].»

Au regard de ce qui se déroule au début des années 2000, il existe une nette rupture qui s'opère et que le modèle de biosécurité est mis définitivement en place. Ne considérons pas son acception restreinte aux Etats-Unis où elle se base sur la menace bioterroriste c'est-à-dire celle des corps exposés à la violence biologique, pour se focaliser sur ce son sens d' « immunologie politique » et les quatre dispositifs dont la biosécurité donne lieu au sein de la biomédecine[6].

---

1 Communication de Brian Greenwood : OMS, 2001, Emergence du W 135. Rapport de consultation de l'OMS Genève, page 5

2 OMS, op. cit., Page 2

3 En 2010, la dose du tétravalent A, C, Y, W135 est au prix de 11 000 F CFA l'équivalent de 16 euros. Communication de la Directrice de la DSSRE.

4 OMS, 2005, Relevé épidémiologique hebdomadaire, page 315

5 OMS, ibid., page 316

6 Voir à ce titre PIERRE LUC DEZEL, la naissance de la biosécurité, *Raisons politiques,* 4 (32), 2008, pages 77-93

Premièrement, le dispositif de surveillance des corps déjà présente à l'époque coloniale est reconduit mais avec une institutionnalisation raffinée, c'est l'épidémiologiste de bureau qui s'en charge après notification par le médecin ou un agent de santé. Deuxièmement, la vaccination est un dispositif de contrôle présent, elle se substitue aux quarantaines du moins en apparence et fait abandonner les méthodes coercitives qui prévalent pendant l'époque coloniale. Troisièmement, il existe une supervision par le politique de la recherche microbiologique, la figure centrale de ce politique est incarnée par l'OMS et non l'Etat du Niger qui collabore mais n'oriente ni ne dicte cette recherche. L'usage de la biologie moléculaire est réaffirmé en 2005 à Niamey par un grand colloque intitulé qui se tient à l'IRSMI et intitulé : *Challenge in the african Meningitis belt* réunissant 27 pays et organisé par le département de médecine moléculaire de l'Institut Pasteur France, l'Institut Mérieux et l'OMS. Lors de ce colloque, les biologistes soulignent qu'étant donné que les méningocoques sont sujets à des modifications génétiques, « on peut s'attendre à ce que des variants génétiques émergent continuellement[1] », la génomique doit donc être un outil de la surveillance. L'OMS projette à l'occasion un réseau de laboratoires nationaux de microbiologie et de mettre en place une banque de souches africaines de référence. En dernière instance, l'épidémiologie est présente, figure incontournable d'un dispositif qui s'appuie sur les 44 balises argos[2] installés une année après le colloque, sur toute l'étendue du pays qui permettent une transmission rapide par satellite des alertes sanitaires. Ces données sont exploitables directement par les épidémiologistes.

Nous avons donc au fil de l'extension du risque, un processus de régulation continue des corps et de l'espace par une surveillance accrue des pathogènes qui passe par une institutionnalisation progressive chapeautée par des institutions internationales. Le CNGE doit donc être compris comme le lieu d'articulation de cette biosécurité au Niger.

---

1 Voir compte rendu du congrès, ALONSO J M et al, 2006 Ceinture africaine de la méningite : de la génomique aux stratégies de surveillance, de lutte et de prévention, Bull de soc pathologie Exotique, 99 (5), pages 404-408

2 Vu les conditions environnementales et le manque d'électricité au Niger, la balise Argos a été une solution pour envoyer les informations médicales des infirmiers à l'IRSMI de manière sécurisée en 2 heures. La balise Argos est un boîtier solide résistant qui comprend un clavier de saisie, un écran et une batterie électrique de grande capacité. Des bilans hebdomadaires sur l'évolution des pathologies, des alertes ponctuelles et des messages peuvent y être diffusés.

5.2 Ethnographie des lieux :

Le CNGE est un comité permanent dont les réunions deviennent mensuelles en période d'accalmie, il se repose sur le système de veille sanitaire pour rassembler des preuves et prendre des décisions liées aux épidémies courantes. Les réunions du comité se tiennent hebdomadairement dans la salle informatique de la DSSRE. Cette salle a été choisie pour ses capacités d'accueil (30 participants), la présence d'ordinateur et de vidéo projecteur ainsi qu'un mur de projection et la hauteur du plafond permettant une bonne aération et des conditions de travail correctes. Les fenêtres sont assombries par de lourds rideaux qui permettent de filtrer l'éclairage et d'allumer la climatisation dans un pays où il fait une partie de l'année plus de 43° à l'ombre. Une panne d'électricité peut d'ailleurs interrompre sérieusement une réunion étant donné la chaleur étouffante qui s'installe assez vite. Dans la salle, des documents liés aux données statistiques de santé compilés par la DSSRE peuvent y être entreposés ainsi que du matériel compromettant[1].

Les membres du comité sont disposés en rectangle ouvert sur une largeur découvrant le mur sur lequel sont projetées les informations sanitaires. Durant certaines réunions aux moments critiques d'une épidémie de méningite ou de cas alarmants de sous nutrition, la salle peut être comble, les participants sont disposés en rang d'oignon. Le placement est libre et se fait en fonction des affinités ou de la disponibilité d'une chaise, cependant les fonctionnaires des Nations Unies se réunissent habituellement à la même place à côté du rapporteur et surveillent les diapositives qui sont passées ou discutent entre eux de telle ou telle situation internationale. Les membres d'ONG également se réunissent près de la porte le long d'une table dont le bout est occupé par la responsable de l'IRSMI, son collègue coopérant, le

1 Lors d'une réunion l'explication de la longue attente et des plaintes des agents de santé des districts avait été fournie soudain par la découverte par un bactériologiste de l'IRSMI de plusieurs cartons de test de diagnostic rapide (TDR) donnés par son institution aux agents de santé du pays et restés au fond de la salle pendant des semaines parce qu'aucune voiture n'avait été trouvée pour les acheminer en période d'épidémie. Le bactériologiste coopérant mis à disposition par l'Institut Pasteur avait alors eu le réflexe de s'écrier en levant le doigt : « M le président je comprends pourquoi le district de Loga n'a pas reçu de TDR envoyé par l'IRSMI. Le stock est dans la salle de conférence derrière moi ! » Exclamation qui avait créé un rire général peu au goût du président de séance, confus et énervé qui avait conclu de fait la réunion. La conclusion de la réunion était aussi due au fait que nous étions proches de la fin de la séance.

bactériologiste se met en bout de table sur la ligne opposée, près du mur de projection, parce qu'il est le second personnage de la salle autorisée à passer des diapositives pour présenter la situation microbiologique. Le personnel des hôpitaux se met souvent derrière les membres de la DSSRE hors des tables, cette situation d'extraterritorialité peut s'expliquer par le retard fréquent du responsable du pavillon infectieux qui va directement derrière, les responsables de maternité souvent des femmes discrètes préfèrent rester en retrait.

Le CNGE est organisé comme une assemblée avec un président de séance, en principe le Secrétaire Général de la Santé Publique qui n'a jamais assisté aux réunions et remplacé soit par le Directeur Général de la Santé publique, soit par un spécialiste de la DSSRE. L'absence fréquente du secrétaire général de la santé ne fait pas événement. Selon certaines personnes interrogées, les nombreuses prérogatives liées à son poste de second du ministre de la santé l'emmènent à être sollicité par plusieurs activités dans l'année et avoir un calendrier chargé. La présence du SG doit être incitée par une situation de santé publique inattendue, urgente, rompant avec l'ordinaire comme une épidémie de grande ampleur, une réémergence d'un virus, la nécessité de remettre certaines choses au point ou pour convaincre les partenaires liés aux institutions internationales de la nécessité d'une aide internationale. Un membre du Secrétariat Général a été présent de manière ponctuelle en 2009, il s'agit d'un conseiller technique français mis à disposition dans le cadre de la coopération. Le DGSP qui remplace le SG en tant que président de séance a plutôt fonction de médiateur et de plaidoyer face aux bailleurs regroupés dans les institutions internationales présentes, la décision finale concernant un problème de santé publique peut être renvoyée au Ministre via son SG, étant donné qu'il est de formation médicale ou de santé publique contrairement au ministre de la santé dont le profil peut être purement politique. Un membre d'ONG interrogé au sujet de l'absence fréquente du SG conçoit celle-ci comme un élément décrédibilisant les activités du CNGE et ne mettant pas ses activités sur le plan d'une réunion de décideurs mais plutôt de planificateurs « obligés de s'en remettre à sa sainteté », ce qui est également de l'avis du conseiller technique français. Selon un autre membre des Nations Unies, le fait que le CNGE ne soit pas dirigé par le SG draine plutôt les « techniciens » (experts de santé publique) dans

la réunion et non les responsables des partenaires techniques et financiers (acteurs d'ONG et d'agences des Nations Unies) comme il serait le cas dans d'autres pays où il a déjà assisté à des réunions semblables.

Les réunions qui durent la matinée et commencent à neuf heures trente débutent par la prise de parole du président de séance sous forme de salutations et de messages de bienvenue, il invite ensuite son collègue à présenter la situation de la surveillance. C'est autour d'un personnel de la DSSRE (femme ou homme) de se soumettre à l'exercice convié de visualiser la surveillance épidémiologique en faisant défiler à l'écran des cartes, des courbes et une série de tableaux représentant le nombre de malades, de morts, de matériels disponibles, les variabilités selon les régions du pays, la situation épidémique, le bilan chiffré de la campagne vaccinale courante, etc. Après cet exposé, suit la présentation du bactériologiste, domaine réservé à l'IRSMI qui présente uniquement les données liées aux méningites tous types confondus. Cette surveillance bactériologiste n'est rendue possible que par l'envoi par les centres de surveillance décentralisés situés à tous les niveaux du pays des prélèvements de LCR des malades soupçonnés avoir la méningite ou diagnostiqués comme tels ; les envois de LCR peuvent être faits et le sont souvent par des infirmiers, les laboratoires n'existant pas dans toutes les structures sanitaires. Les centres de surveillance décentralisés se résument en réalité au niveau CSI au bureau de l'épidémiologiste et au laboratoire. Les informations données par l'IRSMI sont déterminantes pour la décision qui va être prise, la révélation du type de bactérie qui circule et donc de l'ennemi à abattre, permet d'orienter la riposte contre l'épidémie. Il peut arriver qu'au cours d'une épidémie comme en 2007, un sérogroupe particulier soit décoiffé par un autre et que la stratégie soit revue : commande d'autres types de vaccins et organisation d'une seconde campagne de vaccination dans les zones touchées par la nouvelle bactérie. Les données présentées au CNGE sont des statistiques illustrant un savoir médico-administratif, c'est l'intervention par la preuve statistique en temps d'épidémie de méningite qui est proposée. L'argumentation est donc de type épidémiologique pour que soit validée une décision de santé publique politique nationale ou que soient livrés les vaccins et réactifs nécessaires.

La DSSRE l'IRSMI sont l'épine dorsale du CNGE (voir annexe), je nommerais leurs acteurs les sentinelles. Ils sont chargés d'évaluer le risque sanitaire. Il s'agit d'un réseau coordonné de médecins, de biologistes et d'épidémiologistes organisé autour des activités de surveillance des maladies infectieuses à potentiel épidémique. Leur rôle ne se limite pas uniquement au dépistage d'agents infectieux d'une espèce animale capable de se transmettre à l'homme et au lancement d'alerte[1]. Les sentinelles, en participant à l'organisation des ressources et à la mise en place des stratégies de contrôle de l'épidémie sont au cœur de la prise de décision. De ce fait, ils forment un collectif qui cherche à conjurer la menace d'une crise sanitaire. Les rapports de ce groupe sont fondés sur une convergence de grille de lecture des menaces infectieuses, d'une culture du travail collectif renforcé par des échanges professionnels réguliers via le courriel.

Une troisième présentation peut être faite par l'OMS selon les informations qu'elle détient. Elle concerne les données de la surveillance épidémiologique et bactériologique dans les pays frontaliers : le Mali, le Burkina Faso, le Nigeria et le Tchad. D'autres pays comme la Côte d'ivoire peuvent être évoqués.

Les autres membres du CNGE apportent leur contribution différemment selon qu'ils soient des fonctionnaires de l'état nigérien (mandataires administratifs, médecins, pharmaciens) ou des partenaires de l'aide au développement. Les premiers confirment, commentent, précisent ou s'opposent aux données ou arguments qui sont développés, relatent la situation dans leur service et expriment l'état de leurs besoins. Les seconds analysent les informations qui leur ont été fournies, signalent des affaires rencontrées sur leur terrain d'investigation, réceptionnent la demande d'aide, collaborent à leurs expressions notamment par un travail en commun lors de la commande de vaccins et de médicaments, mettent à disposition leur expertise, font des évaluations et fournissent une aide technique, financière et humaine. Au moment des débats, les membres doivent être habitués à traiter des questions différentes et

1 KECK F, 2010

croisées, parfois provocatrices quand elles ont des airs de procès et qui peuvent être royalement ignorées. Les questions générales peuvent concerner : le risque lié au pays frontalier, la nature des évacuations d'urgence, les conditions d'exercice d'un médecin, l'efficacité des médicaments, les conditions de la prise en charge, les vaccins, la rétention des informations par les ONG. Cet inventaire donne un aperçu de la variété des questions abordées qui ne sont pas des dossiers mais simplement des questions demandant des réponses immédiates données superficiellement, les décisions prises étant encrées sur le contrôle d'une épidémie en cours.

5.3 Des acteurs hétérogènes dans un univers du risque :

Divers personnages institutionnels participent aux réunions.

5.3.1. La Direction des Statistiques de la Santé et de Riposte des Epidémies

En changeant le SNIS en DSSRE, les autorités ministérielles ont rendues explicites, effectives et formelles, une transformation entamée au milieu des années 1990. Le nouvel acronyme rend plus transparent les champs de compétence élargis de l'institution. L'information sanitaire par les statistiques n'est plus le seul mandat du SNIS, la surveillance et la riposte épidémique sont des priorités qui vont nécessiter de nouvelles équipes d'épidémiologistes, une professionnalisation avec des formations de santé publique dans la sous région ou à l'international et une réorganisation des bureaux au sein de la DSSRE.

Au début des années 1990, émerge, une nouvelle vague de sentinelles. L'épidémiologie, la médecine et la statistique sont les principales disciplines à l'aide desquelles, ces acteurs façonnent leur expertise jugée très souvent à l'aune de la quantification et d'une gestion technique du risque sanitaire. L'approche envisagée tend vers plus de dynamisme, moins de tâches administratives et de confinement au bureau pour les responsables de cellule. Certains épidémiologistes sont confrontés au terrain, notamment le point focal des actions d'urgence qui est chargé de vérifier les alertes lorsqu'il y a controverses ou encore la directrice de la DSSRE souvent en mission. La division de la surveillance épidémiologique et de la riposte est créée avec pour effectif 8 épidémiologistes qui se répartissent la tâche de compiler les

informations sanitaires et d'en faire une analyse détaillée pour faire ressortir les tendances qui seront exposées en réunion interne ou au sein du CNGE.

La direction de la DSSRE va ouvrir aux cadres des perspectives de carrière vers d'importantes institutions telles que les *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) ou l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), opportunité saisie par quelques anciens directeurs en poste à l'étranger.

Les sentinelles de la DSSRE sont les alerteurs professionnels qui au niveau national relaient les données de leurs confrères selon le système pyramidal du schéma sanitaire nigérien.

Du point de vue fonctionnel, la DSSRE coordonne les aspects de la surveillance de routine, d'alerte et de riposte des épidémies. Son fonctionnement et son efficacité sont un sujet d'orgueil, le personnel aime rappeler les délégations venant des pays frontaliers qui leur ont fait la visite pour s'inspirer du système nigérien. Le conseiller technique français du ministre de la santé au Niger reconnaît que : « Le système du Niger n'est pas mauvais du tout en matière de maladies épidémiques ça parce qu'il y a eu tout un travail qui a été fait avec les canadiens notamment et avec les Etats Unis.[1] »Ce statut valorisé de l'institution des statistiques et de la riposte aux épidémies est de ce fait communément admis même si au niveau de l'OMS, nos interlocuteurs estiment que la DSSRE n'a pas à dormir sur ses lauriers.

Les épidémiologistes de la DSSRE s'occupent de la veille et de la vigilance. En ce qui concerne la méningite, et les travaux d'aller retour entre leurs bureaux et le CNGE, le cadre de référence est de ne pas reproduire une crise du passé, la pandémie de 1995.

Il faut être capable de ce fait d'être disponible même le dimanche et d'être au bout du fil à tout moment. D'une manière pragmatique, les systèmes de représentations culturelles des institutions internationales ont été réappropriés par ces acteurs de santé publique qui s'entourent d'un vocabulaire technique qui peut paraître opaque. D'un autre côté, la langue de travail, le français ne va pas forcément de soi. Il en témoigne premièrement, l'analyse du discours de la directrice de l'institution, ancien médecin, épouse d'un ancien ministre dont l'entretien en 2009 n'a donné que peu d'indications sur le travail réel de la DSSRE. La langue de bois et le vocabulaire spécialisé des épidémiologistes de la DSSRE m'a frappé par leur

1 Entretien avec un conseiller technique du ministre de la santé, le 18 juin 2009

répétition jusqu'à saturation dans l'entretien. Des termes comme système, santé publique, surveillance, statistique, données peuplent le discours et peut même en obstruer parfois la compréhension ou la cohérence. Lorsque je lui demande de revenir sur le passé de la DSSRE voici la réponse de la directrice :

> « Le SNIS est devenu la DSSRE depuis 20071, c'est en 2007 que c'est devenu la DSSRE sinon c'était un système national d'information sanitaire qui s'occupait si on peut le dire de manière générale essentiellement de données par rapport aux pathologies, aux maladies à potentiel épidémique donc qui progressivement s'est transformé en fonction de la transformation du système de santé est devenu un système d'information exhaustif qui prend en compte les données de manière globale qui sont relatives au Système de Santé donc ça a pris en compte les données relatives au système de santé, on sait que pour planifier, pour résoudre les problèmes de santé il faut voir l'approche Système de Santé donc ça produit tous les indicateurs qui permettent d'évaluer le système de santé dans sa globalité . »

Le terme système est repris 7 fois en 7 lignes et 21 fois dans un entretien de neuf pages pour ne donner que cet exemple. Une autre discussion m'a également intriguée au bureau d'une autre sentinelle, responsable des activités de la surveillance et de la riposte épidémique et point focal des Urgences au Niger. À la question : quelles sont les prérogatives de votre poste ? L'épidémiologiste était retourné derrière son bureau, avait fouillé longuement dans ses papiers, pour ressortir deux feuillets :

> « Mon travail est très précis attendez j'ai les attributions du poste ici je vais vous le lire :
>
> - Participation à l'élaboration des réponses épidémiques
> - Analyse prospective santé
> - Elaboration plan de riposte épidémique
> - Préparation riposte épidémique
> - Formation continue du personnel sur le terrain
> - Surveillance intégrée des maladies et riposte »

1 Le décret de création ne date lui que de 2008

Une autre entrevue avec un troisième épidémiologiste à qui j'ai posé la même question et qui s'est soldé par un grand silence, puis à une première tentative embrouillée de description de son travail avant qu'il ne réussisse à réciter par cœur les attributions de son poste m'a paru révélateur d'une difficulté non pas d'appropriation des tâches —ils ont souvent le savoir faire— mais du langage technique et des concepts relevant du monde de la planification. Cette difficulté relève non seulement du caractère récent des codifications de leur tâche mais également l'attribution précise des tâches à chacun d'entre eux. Nos interviewés ont eux-mêmes mis des mots à leur embarras lorsque je me suis trompée un jour de janvier 2010 en croyant assister à une réunion habituelle du CNGE, je me suis retrouvée dans une séance privée destinée à repenser le système d'information sanitaire. La séance de ce jeudi avait été annulée car les activités de surveillance étaient au ralenti, peu de choses étaient à signaler et plusieurs membres du comité se trouvaient en déplacement. Je n'avais pas reçu le mail d'annulation de la réunion du CNGE étant donné que pour l'année en cours, le mois de janvier était le premier mois de reprise de nos observations ethnographiques coïncidant avec mon second séjour au Niger. La réunion intitulée « *Synthèse des travaux sur l'orientation de la surveillance à la DSSRE* » réunissait que des épidémiologistes de la DSSRE, quelques membres de la Direction de Lutte des Maladies et des Endémies (DLME) et le vieux biologiste de l'IRSMI. La particularité de cette rencontre en dehors de l'ordre du jour et des objectifs différents était qu'elle ne réunissait que des nationaux. Les membres d'ONG, des Nations Unies et les coopérants de l'IRSMI étaient absents[1]. L'ambiance était moins studieuse, dépouillée de formalisme, l'atmosphère bien plus gaie que lors des réunions du jeudi, les mines arborées par les acteurs de santé détonaient avec leur visage austère pendant le CNGE, plusieurs se renvoyaient des plaisanteries finissant par de grands éclats de rire. Deux camps s'étaient formés ceux qui se revendiquaient de la santé publique « vieille école » dont le le biologiste de l'IRSMI, et un autre camp composé des épidémiologistes de la jeune génération formés à Niamey puis Bruxelles. On comparait les méthodes d'avant aux notifications par la Radio BLU (Bande Latérale Unique) supplantée par le téléphone portable, les anciens

1 Les membres des Nations Unies ainsi que les acteurs humanitaires peuvent être des nationaux, la majorité est étrangère et vient de la France, de l'Espagne, du Congo, de la Belgique et d'autres pays.

jaugeaient l'efficacité de la génération ordinateur et micro projecteur. Le responsable de la surveillance à la DSSRE demandait de temps en temps un peu de sérieux et de silence, car il était chargé de l'ingrate tâche de remplir le tableau projeté sur le mur où il fallait mettre les concepts pertinents pour le Système Intégré des Maladies et Riposte (SIMR)[1]. Tout d'un coup, j'ai observé un soupir général :

> Le responsable de la surveillance à la DSSRE : « le problème c'est le français, c'est compliqué cette langue, on ne peut pas être sur que tel terme signifie bien ce que j'ai compris, ça complique les consignes »
> Un autre épidémiologiste : « oui et pour communiquer on est obligé de faire avec »
> Le bactériologiste : « ça c'est bien embêtant »
> Un chargé de l'information, ancien de la DSSRE muté dans un autre direction et bientôt à la retraite : « vous êtes des cancres »
> Le responsable de la surveillance à la DSSRE : « tais toi le vieux ton temps de parole est passée » (rire général)

L'appropriation des concepts de santé publique élaborés pour un contexte international souvent par des acteurs du Nord dans leur langue de travail est donc un enjeu fondamental pour la reconnaissance du travail de veille sanitaire au Niger et plus spécifiquement des épidémiologistes affectés au travail de planning sanitaire. Non seulement ils travaillent avec une langue qui n'est pas la leur mais manipulent des termes codés dont l'historique, les enjeux politiques et la pertinence peuvent leur échapper[2]. Personne dont mêmes pas eux ne se préoccupent de leur en restituer le sens or l'on peut se demander si en dehors des moyens financiers, le problème de la surveillance épidémiologique et d'autres pratiques de santé au Niger où des ethnologues ont noté à plusieurs reprises un décalage entre normes et pratiques, n'est pas avant tout un problème de traduction[3] ? L'usage du français ainsi que la rigueur et la gravité sont seulement des outils nécessaires empruntés pour des circonstances qui s'y

1 La SIMR a été mis en place par l'OMS afin de renforcer la surveillance épidémiologique dans les pays du Sahel à la suite de l'émergence de la bactérie du W135. Entre 2003 et 2007, elle a coûté 2 514 000 000 F Cfa

2 Le terme surveillance n'est qu'un exemple parmi d'autres.

3 Je renvoie aux travaux de Yannick Jaffré et de J-P Olivier de Sardan sur l'hôpital (2003), des chercheurs du LASDEL sur les soins et d'Eugénie d'Allessandro sur les infections nosocomiales à l'hôpital de Niamey, ALESSANDRO, 2012

prêtent à défaut d'autres méthodes de travail d'où la réflexion désabusée d'un des épidémiologistes : « on est obligé de faire avec ». La culture de la santé publique est par conséquent la culture de la culture dominante. J'ai décrit deux niveaux de contraintes qui ont des connotations différentes, la première liée à l'obstruction du discours par un jargon restreint et répétitif doublée d'une perception de non maîtrise des attributions de leur poste par les épidémiologistes est un constat de l'anthropologue, la seconde contrainte liée à la langue de travail est soulignée par la population d'étude elle-même. Formellement, le contrôle de la méningite est fondé elle-même sur des normes véhiculées par des institutions internationales situées dans le monde occidental.

La DSSRE est un maillon de la chaîne située au niveau central. La méningite fait partie intégrante de l'épidémiosurveillance des MDO[1]. En principe, le fonctionnement est le suivant : chaque fin de semaine un agent de CSI (niveau périphérique) transmet les données de la méningite à l'épidémiologiste du district qui appelle au téléphone la DRSP (niveau intermédiaire) et lui retranscrit les informations. L'épidémiologiste de la DRSP envoie par le même canal ou par mail, en général le lundi, les informations à la DSSRE (niveau central) de Niamey qui compile et analyse les informations. L'épidémiologiste de la DSSRE a un rôle important puisqu'il est chargé de la vigilance générale par l'analyse fine des données qui lui ont été transmises. Souvent, il se contente de faire office de caisse d'enregistrement et demande souvent à son collègue de région si on en est au niveau de l'alerte ou de l'épidémie, ce dernier s'il n'a pas analysé ses propres données doit descendre au niveau du district pour poser la même question et l'épidémiologiste du district en fouillant son ordinateur peut se rendre compte que des données sont manquantes et que tel agent de CSI n'a pas transmis ses données de MDO par manque de temps ou négligence. Dans le sens contraire un épidémiologiste de district peut notifier une alerte ou une épidémie au niveau régional et une décision peut mettre du temps à être prise à Niamey. Le médecin de district peut être emmené selon le réseau professionnel qu'il possède à contacter les autorités de Niamey directement pour demander une intervention. Malgré la décentralisation administrative, les

1 Les maladies à déclaration obligatoire sont : la méningite, la rougeole, le tétanos néonatal, les autres tétanos, la Paralysie Flasque Aigu (PFA), la diphtérie, la coqueluche, le choléra, le paludisme, la fièvre jaune et les diarrhées sanguinolentes.

districts sanitaires n'ont pas les moyens de faire face à une épidémie de méningite coûteuse en logistique et en hommes, ni d'organiser systématiquement des comités de gestion. En cas de réponse positive de la part de la DSSRE, une attente plus ou moins longue peut commencer. Elle dépend du niveau d'avancement de clarification des zones à risque au CNGE (zones en alerte) ou déjà exposés (en épidémie) nécessitant une campagne de vaccination, du niveau de stock national de vaccins et de médicaments et du degré de mobilisation des partenaires internationaux chargés de lever les fonds et de commander les vaccins. Parfois, sous l'égide de l'OMS, une mission d'investigation de l'alerte ou de l'épidémie peut être conduite avant vaccination ou après vaccination (certains districts « entrant » et « sortant » d'une épidémie d'une semaine à l'autre) pour évaluer la situation sur le terrain. La mission d'investigation formée par un noyau du CNGE composée d'épidémiologistes et de bactériologistes justifie leur intervention par le comportement anormal d'un district lié soit à deux épidémies consécutives sur un an ou deux, une alerte non fondée sur les preuves notamment des examens de laboratoire, un taux de létalité élevé durant la phase d'alerte ou encore des résultats contradictoires entre le laboratoire de district et l'IRSMI[1]. En d'autres termes la mission d'investigation n'agit souvent qu'avec l'émergence de soupçon. Officiellement, il existe une mission d'investigation épidémique à tous les nouveaux, cependant le manque de financement empêche de telles cellules d'être opérationnelles au niveau périphérique. Une problématique transversale, qui est la question du délai relie la mission d'investigation, le travail de surveillance et par conséquent le contrôle de l'épidémie. Le délai entre la déclaration d'une épidémie et l'intervention vaccinale peut varier entre 4 et 6 semaines. Or selon l'OMS qui soutient son dispositif : « Pour avoir un effet protecteur, la vaccination réactive doit être pratiquée immédiatement au plus tard 2 semaines après que le seuil épidémique a été atteint[2] »

Lorsque les vaccinations débutent, la courbe épidémique est souvent retombée. L'enquête fait ressortir que la question du temps est une source de préoccupation des acteurs de la

1 Selon l'OMS entre 2003-2005, 60% des échantillons sont négatifs ou contaminés, OMS, ibid., page 318

2 OMS, 2005, Relevé épidémiologique hebdomadaire, page 314

surveillance et d'une façon générale des acteurs de santé publique à différentes échelles d'observation de l'épidémie de 2009. Le retard observé dans la notification des cas, la confirmation bactériologique et sa rétrocession au district, celle de l'alerte et la mise à disposition des ressources s'il est unanime n'engage qu'insuffisamment une recherche de ses causes et une répartition des responsabilités. Les points de critique se font au niveau de cercle de spécialistes sans qu'ils ne soient relayés ou investigués. Si le CNGE souligne la question du délai de préparation, que l'épidémiologiste du district s'interroge sur le silence des responsables de la DSSRE et que le laborantin situé au niveau du district demeure perplexe devant le retard d'envoi des réactifs ou des résultats contradictoires entre son analyse et celle de l'IRSMI, l'articulation de ces micro événements n'est pas garantie.

5.3.2. L'Institut de Recherche Scientifique sur les Maladies Infectieuses:

Trois scientifiques de l'IRSMI décident en général de participer aux réunions : deux bactériologistes et le directeur de l'institut, deux d'entre eux relevant de la coopération technique française. Un des bactériologistes est tenu par contre de venir présenter les résultats bactériologiques obtenus dans son laboratoire. Les chercheurs de l'IRSMI permettent d'orienter la stratégie vaccinale par une inscription précise de l'épidémiologie de la méningite mais également de donner la mesure de l'activité microbiologique des laboratoires nigériens. La réception des échantillons peut confirmer ou pas l'activité effective de la surveillance nationale des pathogènes. En période d'épidémie de méningite, un relâchement important est souvent notifié sans que les chercheurs de l'IRSMI puissent en déterminer la cause. Peu connaissent les réalités du terrain et comment est organisé un laboratoire microbiologique au niveau départemental par exemple. Les chercheurs de l'IRSMI ont la responsabilité de nombreuses études liées aux infections contre la méningite notamment les travaux sur le portage de la bactérie par les individus. En 2009, ils ont mis en place un système d'information géographique permettant de cartographier l'incidence de la méningite dans des aires de santé. L'accumulation de données de santé et leur conservation jalouse est un enjeu de savoir-pouvoir qui a pu à quelques reprises occasionner des tensions avec des collaborateurs extérieurs ou la sollicitation publique du directeur générale de la santé

publique, de communiquer au ministère les données de santé publique détenues par l'institut. Selon un membre haut placé du ministère de la santé : « les enjeux de pouvoir sur les données épidémiologiques sont à lier à la personnalité particulière du directeur de l'IRSMI », cette confrontation entre savoir et pouvoir dépasse largement le cadre du CNGE où de telles tensions ont effleurées que de façon microscopique sans retenir l'attention de certains membres. L'ethnographie de l'institut que j'ai détaillé dans le chapitre précédent donne quelques éclairages sur la question.

5.3.3. Les acteurs humanitaires :

Les membres d'ONG sont répartis entre MSF et une de ces « satellites » Epicentre, la Croix Rouge Française, Concern, le Forum Santé Niger (FORSANI), l'Office d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne (ECHO) et World Vision. Les deux derniers sont présents de manière moins régulière, l'ONG World Vision intervient principalement à Dosso. FORSANI est une ONG locale soutenue financièrement par MSF depuis le départ de sa section française. Elle déroule ses activités autour de la sous-nutrition et du paludisme au sud-est du pays, dans le département de Madarounfa. Les membres d'organisations humanitaires se connaissent et se partagent l'information selon une logique de réseau. ECHO est un bailleur de fonds important de plusieurs organisations humanitaires européennes présentes au Niger notamment MSF. Un contrat cadre régit le partenariat entre ECHO et les ONG. L'importance prise par cette première depuis une décennie a profondément modifié l'organisation au sein des ONG plus précisément dans la planification financière des programmes d'urgence par la structuration rigoureuse du budget. Elle est soulignée par bon nombre d'acteurs humanitaires et par des évaluateurs envoyés par ECHO. L'évaluation des programmes d'assistance par ECHO est en contrepartie de l'aide subséquente apportée par la Commission européenne. Dans un article publié dans la revue humanitaire, un acteur d'ONG revient sur cette exigence :

> « Faute de financement dans leur propre pays, les ONG françaises sont devenues expertes dans la gestion des contrats ECHO. Elles maîtrisent par nécessité les subtilités des demandes d'avenants et du *single form*. Nous étions plutôt combatifs. ECHO traumatisé par les scandales

financiers de la Commission, jusqu'au sein de son propre service, avait pour mandat de remettre de l'ordre dans ce groupe hétéroclite et incontrôlable que représentaient les ONG. L'heure n'était plus aux principes mais au contrôle.[1] »

Ce contrôle se situe non seulement dans la gestion financière mais également dans l'accompagnement sur les zones d'intervention et de gestion de la crise. En 2009, 53% de 439 millions d'euros représentant le budget d'ECHO a été consacré à l'Afrique, dont 34 millions aux pays du Sahel sauf ceux situés sur la côte. Une bonne partie est dévolue à la sécurité alimentaire. Depuis 2009, l'appui financier important octroyé par la Commission Européenne pour la lutte contre la méningite au Niger et au Nigeria est estimé à 3,45 millions. Un personnel d'ONG avoue que vu la précipitation de leur propre ONG à élaborer de véritables plans d'urgence méningite avec des discours alarmants sur la maladie, il ne serait pas étonnant que l'enveloppe octroyée par ECHO encourage des stratégies de captation de la rente alors même que la méningite n'était pas un volet d'intervention de certaines ONG, il y a quelques années[2]. Dans la même année, ECHO a développé une fonction de conseiller (*advocacy work*) des ONG et mène une politique de vigilance afin de cadrer la répartition des ressources[3].

Les représentants d'ONG sont des acteurs centraux quasi incontournables qui ont largement reconfiguré la politique de contrôle des épidémies de méningite comme il en ressort après la pandémie de 1995 et l'importance grandissante de MSF et Epicentre dans le domaine de l'évaluation épidémiologique et de la délivrance des vaccins. D'autres ONG moins spécialisées sur des questions relevant de ces deux domaines se sont positionnés en tant que pourvoyeurs de l'aide au développement. L'implication des ONG ne se mesure pas par conséquent de la même manière. La définition donnée par les membres d'ONG interrogées sur leur propre activité relevant soit d'un ancrage dans l'urgence soit du développement résiste peu aux observations que j'ai menées, le brouillage est permanent. La CRF et MSF sont impliqués au premier plan dans le contrôle des épidémies de méningite, ils cautionnent

1 SASLAWSKY J, 2008

2 Entretien avec un membre d'une ONG française présente au Niger, Montpellier le 17 novembre 2011

3 Je les ai brièvement suivis sur le terrain d'étude, voir chapitre qui suit.

sans ambiguïté la politique OMS de délivrance de vaccins en période d'urgence et contribuent au financement et à l'acheminement du matériel de traitement et de vaccination au cours d'une épidémie. Certaines ONG se réclamant du développement ne sont pas impliquées dans le CNGE, à l'exemple de l'une d'elle implantée à Keita dans le centre est du pays. La raison évoquée par l'un de leurs membres est celle-ci : « Nous ne nous mêlons pas de ces questions politiques et superficielles, nous préférons aller à la rencontre des préoccupations locales et travailler avec les équipes du district[1]. »

L'implication de ces acteurs dans la gestion des épidémies de méningite par le haut est une question stratégique pour les ONG présentes au CNGE. Non seulement elle permet de savoir en temps réel les besoins globaux du Niger en matière de ressources, de répartir les tâches en cas de riposte épidémique mais également d'apprécier le sentiment ministériel vis-à-vis des ONG. En effet, pendant les séances du comité, "la température du corps de l'Etat" vis-à-vis des ONG peut être contrôlée, en dehors, il est plus difficile d'apprécier le degré de considération que les parties ont l'une de l'autre. Le comité permet ainsi d'amoindrir le "grand écart" des ONG entre les règles administratives des pays jugés contraignants et la réalité des terrains. Sous le régime de l'ancien président Mamadou Tandja, des acteurs de MSF Belgique reconnaissent en 2009, qu'il est hautement sensible de parler de malnutrition au CNGE, et de chiffres. Certaines ONG comme MSF accordent une grande importance à l'audience large de leur action via les différents médias des pays afin de susciter l'attention. Or le rapport avec les instances médiatiques, s'il ne peut être contrôlé en dehors du Niger, l'est au niveau national. Deux demandes de communication sur l'épidémie de méningite ont été formulées par MSF et refusées par la directrice de la DSSRE lors d'une réunion. Parfois les autorités de l'Etat préfèrent se réserver l'exclusivité des informations jugées "sensibles" revêtant plusieurs enjeux et qui sont génératrices de crises liées à la susceptibilité du gouvernement en place et d'épreuves lorsque que celui-ci est accusé de porter une attention insuffisante au problème ou si c'est le "mode de gouvernance" qui est remis en cause[2]. Les

---

[1] Entretien avec un membre de MDM, 27 juin 2009

2 C'est la configuration typique des problèmes de santé publique cf. à ce propos : GILBERT C et al, 2009

réponses données par l'État sont parfois sans appel d'autant plus que la chargée de communication au ministère de la santé assiste aux réunions. En enfreignant certaines règles, les ONG peuvent s'exposer à des conflits. Les cas de MSF et d'ACF durant en 2008 sont assez révélateurs de cette tension[1]. Après le coup d'état de février 2010, un autre membre de MSF dépendant de la section belge de l'ONG avoue être plus détendu et observer une liberté d'action et de communication à propos « des sujets qui fâchent[2] ». Ainsi, la levée du tabou sur la malnutrition a été observée de façon nette par les ONG. Un terme est souvent sorti des entretiens que j'ai eus avec les membres d'ONG, celui de « mensonge » et concerne les données perçues comme peu fiables transmises par la DSSRE aux institutions internationales et aux partenaires, c'est le cas dans cette entrevue :« Je crois que le suivi épidémiologique ne reste pas mauvais, parfois il y a un peu des erreurs, un peu de lenteurs, un peu de mensonges, y a quand même de l'information qui arrive au niveau central[3]. »

Quelques personnels d'ONG interrogés à ce sujet estiment que les données sanitaires et les taux de vaccination au Niger sont surestimés. A quelques reprises, le président de séance a demandé aux ONG de fournir les chiffres dont ils disposaient pour harmoniser les données et permettre au ministère d'intégrer l'effort des services humanitaires dans les activités sanitaires nationales notamment le Plan de Développement Sanitaire. Beaucoup plus ouvertement, des tensions sur le savoir concernant la santé des populations se donnent à voir au CNGE lorsqu'elles concernent les ONG et les représentants de l'Etat au niveau de la DSSRE. Il faut par ailleurs préciser que c'est MSF qui revêt la position du "mouton noir" des ONG pendant les réunions du CNGE, cette situation se nourrit de l'indépendance d'esprit de l'ONG, et de ces antécédents conflictuels avec l'Etat nigérien. Certains termes anodins prononcés lors de nos entretiens et qui renvoient à la caractérisation de la personnalité de la

---

En 2010 malgré la présence des militaires au pouvoir connus pour être plus transparents sur ces questions, une réunion quasi exclusive a été conduite afin de réfléchir sur des informations données par France 24 sur la crise nutritionnelle qui débutait alors. Les chiffres avancés ont été largement débattus, démentis et les journalistes critiqués pour avoir fait des amalgames. Ces journalistes avaient été présents lors d'une réunion du Système d'Alerte Précoce.

[1] Voir à ce titre l'interview accordée à RFI par Marie Pierre Allié présidente de la section française de MSF , le 1er août 2008 : http://msf.fr/actualite/articles/niger-interview-sur-rfi-marie-pierre-allie-presidente-section-francaise-msf consulté le 26 décembre 2012

[2] Entretien avec un membre de MSF Espagne, Niamey 16 juin 2010

3 idem

directrice de la DSSRE surnommée par un personnel d'ECHO et un représentant de MSF Belgique, respectivement la « furie[1] » et « l'hystérique[2] » trahissent au-delà de l'humour sarcastique de nos deux interviewés, les rapports de force qui se donnent à voir entre administration nigérienne et partenaires de l'aide humanitaire.

MSF est présente au Niger depuis 1985. En 2009, l'ONG qui intervient au sud est et à l'ouest du pays est représenté par trois de ses sections : Espagnole, Belge et Suisse. Les deux premières sont présentes aux réunions de manière plus fréquente. Les sections de MSF sont réparties de manière précise dans le pays : la section suisse à Zinder, les espagnols sur Dosso, les belges sur Madaoua, les français jusqu'à leur départ contraint étaient sur Maradi. Les MSF représentent pour la région de Zinder un des premiers pourvoyeurs d'emploi, le nombre de salariés s'élève à 639 collaborateurs dont 34 internationaux dans l'ensemble du pays. La section suisse a renforcé son équipe durant l'épidémie de méningite de 2009 en envoyant des expatriés en urgence qui ont quitté le pays à la fin de l'intervention. Le Niger est le quatrième pays d'intervention de l'ONG par le montant de ses dépenses qui s'élèvent en 2009 à 17,4 millions d'euros. L'ONG est directement impliquée et ceci depuis les années 1990 dans le contrôle des épidémies de méningite au Niger. Celles-ci sont considérées comme des situations d'urgence, un ensemble de dispositif permet de rendre efficace l'intervention : la rédaction de protocole de prise en charge et la distribution de kits de soin à grande échelle dans les CSI, la mise à disposition rapide de médicaments et de vaccins par l'appartenance à l'ICG, l'implication au niveau des organes de décision comme le CNGE, la connaissance du terrain, les moyens d'accès aux populations et la perception positive dont ils bénéficiaient dans le milieu populaire jusqu'en 2007[3]. En 2009, MSF s'est venté sur son site et lors de nos entretiens (avec MSF Suisse) d'avoir accompli la plus large opération de vaccination jamais réalisée par l'ONG et ceci durant la saison de méningite de 2009. Plus de 8 millions de personnes ont été vaccinées au Niger et au Nigeria dont 3 millions au Niger et 1,5 million dans la région de Zinder. Pour renforcer ses opérations, Epicentre, l'unité épidémiologique

[1] Conversation informelle avec un expert d'ECHO, février 2009 sur la route de Keita

[2] Entretien avec un membre de MSF Espagne, op.cit

3CAROLINE ABU SADA, 2007, Rapport projet Perceptions Niger, non publié

de MSF s'est installée au Niger en 2009. Il ne menait pas encore d'évaluation sur les épidémies de méningite[1]. Cependant son implication est visible déjà dans la fin des années 1990. En 2003, lors de la création du Réseau de la méningite épidémique à Ouagadougou qui réunit un groupe de travail responsable des « problèmes ponctuels et prioritaires de la méningite », il est en charge sous l'autorité de l'OMS, de la révision des procédures opérationnelles de la prise en charge des méningites, d'évaluer l'antibiotique le plus utilisé, d'identifier les méthodes de confirmation en laboratoire en conditions de terrain. L'implication des ONG comme MSF a radicalisé l'urgentisation des épidémies de méningite comme le confirme les prises de position de MSF et d'Epicentre durant la réunion de consensus et la situation d'urgence permanente voire « chronique » dans laquelle est plongée le Niger qui dépend pour beaucoup de l'aide internationale[2].

5.3.4. Les Organisations des Nations Unies

L'OMS a été créée suite à la conférence internationale de la santé en 1946. Son existence réelle date du mois d'avril 1948 et provient de la volonté de créer une politique sanitaire à l'échelle internationale après la seconde guerre mondiale. Dans l'article 2 de sa constitution, l'Organisation établit plusieurs fonctions relatives à la surveillance dont celle d'agir en tant que directeur et autorité coordinatrice du service sanitaire international, d'assister les gouvernants dans le renforcement des services de santé, de fournir une assistance technique et l'aide nécessaire en situation d'urgence, de mettre en place des services administratives et techniques tels que des services épidémiologiques et statistiques, d'agir pour éradiquer les endémies, les épidémies et les autres maladies, d'émettre des recommandations en respect avec le Règlement Sanitaire International (RSI). Celui-ci a été révisé pour la première fois en 1995 justement au moment où l'émergence et la réémergence des maladies infectieuses sont reconnues particulièrement préoccupantes. L 'OMS a ouvert un bureau à Niamey en 1991 bien que l'institution soit déjà active dans le pays depuis les années 1960. Elle compte une quarantaine de salariés. Pour garantir sa stratégie d'action autour des épidémies de méningite,

---

1Précision d'une épidémiologiste d'Epicentre, Niamey entretien informel le 08 avril 2010

2 ROSSI B, 2007, page 154

elle a contribué à la création des CNGE au point de vue régional. En 1997, au niveau international, l'OMS crée l'ICG à Genève pour le *monitoring* des vaccins, en 2001 son appel à l'aide internationale rallie les contributions significatives de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMG) ainsi que l'appui du Programme de Technologie Appropriée dans le secteur de la Santé (PATH international) pour la mise en place du Projet Vaccin Méningite (PVM). En 2003, l'institution met sur pied le Réseau de la méningite épidémique alliant les mêmes partenaires de l'ICG qui garantissent une action coordonnée et renforcée de treize pays de la méningite sous surveillance.

En 2000 et en 2001, avec la réémergence du W135 en Arabie Saoudite et sa dissémination dans 11 pays du monde dans la première année puis dans 6 pays la seconde, l'OMS a joué un rôle important dans le renforcement de la surveillance de la méningite épidémique dans la sous région africaine. Par l'envoi d'experts afin de mesurer le nouveau risque posé par le potentiel épidémiogène de ce sérogroupe et un appel à intérêt en 2001 pour le développement d'un nouveau vaccin monovalent conjugué le sérogroupe A pour éliminer les méningites à méningocoque, il a consolidé sa position de leader de la lutte contre les épidémies de méningite en Afrique. OMS Afro, son bureau régional en Afrique sub-saharienne est impliqué dans la coordination des activités de surveillance et de réponse aux épidémies de méningite en étant un acteur de premier plan dans l'organisation des réunions bilan annuel de la saison épidémique. Au Niger, l'OMS coordonne les relations entre les différents partenaires et la réponse aux épidémies de méningite. L'organisation fait fonction de police par l'assurance que les normes de santé internationale sont respectées en posant des points de vigilance. Elle assure ainsi l'articulation des normes de santé publique à l'échelle globale et locale. Comme l'analyse Sara Davies, l'OMS est par ailleurs le garant de la sécurité nationale des pays riches et européens en protégeant à leur frontière les menaces bactériennes qui peuvent émerger des pays tiers en assurant la sécurité extra territoriale des états nations européens[1]. Comme acteur institutionnel neutre il est à même d'intervenir dans les pays du Nord et Sud pour investiguer les alertes et les épidémies et coordonner une action sanitaire internationale en cas de menace avérée sans être accusé de contrevenir aux souverainetés

[1] DAVIES S, 2008

nationales. Il est le pivot de la stratégie d'action contre les maladies transmissibles, son cadre d'action actuel ne peut être détaché de l'émergence de nouvelles maladies infectieuses (grippe) et des enjeux liés à l'extension ou l'apparition des maladies infectieuses dans les pays pauvres. L'OMS agit notamment pour la mise sous surveillance des pays de la méningite, la nécessité de préparer la réponse, le développement du renseignement épidémiologique, la surveillance inter étatique au niveau sous régional dont les résultats font l'objet de compte rendu au niveau du CNGE. La gestion de la méningite par le chapeautage de l'OMS a donné lieu à des comités nationaux de préparation d'épidémie et de réponse, à une production importante de réunions informelles, de consultations techniques, de rapports. En 2004 un réseau de la méningite épidémique est mort né à Ouagadougou révélateur de l'échec de la tentative de faire émerger "une ceinture africaine de la santé publique " et de la difficulté de coordonner les institutions de santé publique sous régionales. Cette tentative s'inscrivait dans la volonté de responsabiliser les pays tiers perçus souvent comme des menaces, la responsabilité de l'émergence d'une épidémie étant souvent dévolue au pays d'à côté par un premier cas souvent extraterritorialisé. La question de la menace est difficile à cerner concernant une épidémie de méningite, si tout un dispositif sécuritaire tributaire des institutions américaines telles que le CDC (présent à la naissance du réseau) ou influencé par l'OMS pose les garde fous.

Le rôle concret de l'OMS au sein du comité concerne en dehors du fait de veiller à ce que le règlement sanitaire international soit respecté et d'être le passeur des événements pathogènes des pays frontaliers notamment anglophones et francophones collaborant plus facilement sous son égide, concerne l'aide matérielle, financière et en ressources humaines qu'elle mobilise sous la demande du ministère de la santé et des grandes endémies du Niger. Elle peut également organiser ou diriger des missions d'évaluation nationale concernant la gestion des épidémies de méningite. Un de ses représentants est partie prenante des missions d'investigation rapide en temps d'épidémie organisées à l'intérieur du pays. Les représentants des Nations Unies au Niger siégeant au CNGE sont tous des ressortissants de pays africains, le plus assidu au niveau de l'OMS est un national et ne se gêne guère pour tancer les membres du comité notamment ceux de la DSSRE. La perception qu'il a de celle-ci n'est pas

toujours favorable :

> « Dans le temps le SNIS était pro-actif, ces dernières années avec le renouvellement du personnel, c'est plus lent comme si les gens n'étaient pas motivés. Ils ont reçu la même formation sinon meilleure que leurs aînés mais nous ne nous comprenons pas. Je n'ai pas envie de rigoler quand l'autre s'exclame : « l'épidémie de rougeole, l'agent du district vient de nous confirmer que c'était un poisson d'avril ! » et encore il est allé vérifier quand nous avons signalé que c'était anormal que le district signale comme ça des cas de rougeole. Aujourd'hui encore il faut que l'OMS insiste pour qu'ils aillent chercher les données et présenter la situation dans son ensemble. Il faut toujours les secouer[1]. »

Cependant d'autres perceptions sur les qualités de la surveillance rejoint l'autoglorification des épidémiologistes de la DSSRE sur leur travail :

> « Le Niger a un système de surveillance performant c'est reconnu, même s'il n'est pas parfait ainsi qu'un laboratoire de référence, l'IRSMI, un exemple dont quelques pays de la sous-région veulent s'inspirer[2] »

L'UNICEF quant à elle, intervient principalement dans l'appui au PEV et de manière générale comme son mandat l'indique en faveur des enfants les plus démunis. Son représentant incarne un des maillons les plus forts du CNGE puisque son institution est l'un des premiers partenaires de l'aide internationale dans le cadre des campagnes de vaccination. Pour la méningite, l'UNICEF appartient au consortium GAVI et demeure un des membres fondateurs de l'ICG, elle est par ailleurs l'un des premiers partenaires dans les années 2000 à avoir répondu à l'appel OMS sur les méningites épidémiques. Au CNGE le représentant est chargé de s'enquérir, d'enregistrer et de soutenir les besoins du Niger en termes de logistique lors des campagnes de vaccination et de lancer via l'ICG une commande de vaccins.

5.3.5. Les fonctionnaires des administrations publiques :

---

1 Entretien avec le chargé des maladies transmissibles et non transmissibles, OMS Niamey, 1er mai 2009

2 Entretien avec un conseiller du Programme Elargi Vaccination OMS, Niamey, 18 janvier 2010

Les fonctionnaires de l'Etat nigérien représentants les administrations sanitaires présentes au CNGE concernent le médecin responsable du pavillon infectieux de l'hôpital National de Niamey, un représentant de la DLME, et un pharmacien de l'ONPPC. La profession médicale a une influence plutôt restreinte dans ce monde de la décision, leur expertise sert à créditer les décisions politiques pour autant qu'elle soit sollicitée. Les médecins de ville se trouvent dépassés dans les situations d'urgence et en font l'aveu en temps d'épidémie de méningite, contrairement aux médecins des districts de santé seuls maîtres à bord[1]. Leur réserve se traduit par des mises en scène des limites de leur exercice traduisant souvent la frustration des manques de moyens. Un exemple limite est celui du médecin responsable du pavillon infectieux Raymond Madras de l'hôpital de Niamey, habillé à toutes les réunions du complet austère du fonctionnaire nigérien appelé « jeune cadre » (mis en place par l'ex Président de la République Seyni Kountché) et qui donne l'aveu par sa propre posture de la crise de la profession dans l'univers de l'urgence. Lorsqu'il est autorisé à prendre la parole, le médecin dépasse largement le temps court qui est donné aux membres pour poser une question ou signaler une situation. Il intervient souvent à voix haute et il est le seul à se lever pour parler, afin de démentir des décisions dites prises par le ministère de la santé pour désengorger son service, ou défendre sa position de responsable lorsque un taux de létalité élevé du à la méningite est décerné à l'hôpital de Niamey[2], remettant en cause l'efficacité du travail de son équipe, ou encore pour critiquer l'efficacité de l'antibiotique et par delà, le protocole thérapeutique défini par l'OMS en temps d'épidémie de méningite. Certaines de ses prises de position telles que la remise en cause du protocole thérapeutique en temps d'épidémie instaurent souvent une tension perceptible dans la salle et demandent réaction. Le représentant de l'OMS va de ce fait déclarer que les affirmations de non efficacité du médicament standard est grave, car il conduit à affirmer qu'il y aurait des résistances à l'antibiotique contre la méningite, ce qu'aucune donnée issue de la surveillance microbiologique n'a encore confirmée. Les affirmations du médecin doivent être sérieuses et confirmées par une évaluation avant d'être transmises par l'OMS. La crédibilité de la

[1] Troisième partie de la thèse

2 Ce taux est souvent supérieur à la moyenne nationale et peut aller jusqu'à 11%

déclaration est de ce fait contrebalancée lorsque le médecin ne donne pas suite à cette invite, d'autant plus que ses gestes théâtraux et sa voix perchée amusent la galerie. Le médecin est le portrait type d'un dissident ou d'un dénonciateur[1] qui essuie les rappels à l'ordre liés à la prise de parole ou au contenu de ses affirmations. Cependant sa crédibilité est entachée par la faiblesse des preuves dans une institution qui y accorde une valeur fondamentale et qui en fait le mobile de son action. Le temps de parole accordé au médecin sert parfois à donner sa propre version ou impression de la situation de la maîtrise de l'épidémie. Une autre illustration : alors que l'un des responsables de la Direction Régionale de la Santé publique chargée d'ouvrir le lazaret afin de désengorger l'hôpital des méningitiques alignés par terre déclare que le lazaret est devenu opérationnel, le médecin se lève et témoigne de son expérience propre à propos du fameux emplacement réservé aux situations de débordement notamment lors des grandes épidémies :

> « On dirait que nous sommes dans un pays en guerre, les fils sont arrachés, les fenêtres cassées non remplacées[2] »

Cette affirmation est en porte à faux avec les déclarations rassurantes du responsable de la DRSP soupçonné de tempérer l'énervement des acteurs humanitaires et de vouloir cacher la face d'une santé publique en délabrement et d'administrations chaotiques pour rentrer dans l'indexicalité de la guerre. « A l'hôpital on manque de tout !» m'assène le médecin, agité et fatigué, dans son bureau lorsque je suis allée le voir.

> « Comment voulez vous, qu'on s'occupe bien des malades quand il faut suivre l'évolution d'un méningitique dans le protocole de soin pendant 72 heures en injectant des doses de suspension huileuse à des horaires strictes alors que y a un médecin pour des centaines de malades qui doit néanmoins rentrer chez lui [3]! »

---

1 Je ne reprends pas le contenu sémantique qu'en donne BOLTANSKI, le médecin est un dénonciateur de faits qui se situe ici et maintenant, dénonciations qui ont une portée négative sur son expertise. Voir BOLTANSKI L, 1984

2 A propos du lazaret : médecin chef du pavillon Raymond Madras, CNGE réunion du 30 avril 2009

3 Entretien avec le médecin chef du pavillon infectieux Raymond Madras de Niamey, le 18 avril 2009

Ce discours loin d'être anodin traduit la prééminence des problèmes de base, liés au déficit de professionnels de santé et de qualité des soins qui aurait empêché de ne pas alourdir le bilan meurtrier de la méningite. Pour le médecin de l'hôpital, il y a plusieurs sujets qui fâchent, parler de la gratuité des soins pour la méningite[1] par exemple, relève de la « politique » puisqu'il envoie ces patients acheter la seringue pour pratiquer la ponction lombaire. Le terme « politique » renvoyant ici à ce qui est de l'ordre « des déclarations de principe », des « choses écrites sur le papier » sans prise avec la réalité et le quotidien du médecin ou du nigérien moyen. L'OMS et la DSSRE essuient souvent en OFF ces critiques et il ne se gêne pas pour féliciter sans réserve le travail des ONG notamment MSF. Pour le médecin, le problème de la santé au Niger relève de la « politique » mais surtout d'une économie de la pénurie qui transcende la question des épidémies de méningite dans son service :

> « L'Hôpital National de Niamey a été construite depuis les années 1920 et depuis ce temps on n'a pas prévu d'extension, au moment où il a été créé nous étions 3 millions puis nous sommes aujourd'hui à 13 millions ! La population a presque triplé et on n'a pas prévu d'extension, la population augmente et les ressources humaines n'ont pas augmenté, les ressources financières n'ont pas augmenté. C'est presque une catastrophe[2] ! »

Ce discours sur l'économie de la pénurie met l'accent sur l'inadéquation des offres de soin en milieu hospitalier face à la réalité quotidienne. Il se donne par ailleurs à penser dans le cadre du CNGE comme l'attestent d'autres propos qui ont suivi:

> « Si les ONG ne m'aident pas dans mon service et ne nous appuient pas pour les vaccins, l'ouverture d'un endroit pour décongestionner mon service, si l'achat des médicaments n'est pas assuré par les dons internationaux, si nous ne disons pas la vérité c'est-à-dire nous n'avons presque rien pour fonctionner eh bien on est mort ! C'est comme ça que ça se passe et c'est pour cela vous me voyez aux réunions du SNIS[3] »

---

1 La prise en charge de la méningite est gratuite au Niger depuis 2002

2 Entretien avec le médecin chef du pavillon infectieux Raymond Madras, idem

3 idem

Pour ce médecin, la présence au sein des réunions en temps d'épidémie de méningite permet de rappeler souvent à l'auditoire les raisons pour lesquelles son service ne parvient pas à offrir les services attendus en temps d'épidémie notamment la prise en charge des malades et l'évitement des taux de mortalité élevés. Son rôle n'est de ce fait pas tant d'apporter une pièce à l'édifice de santé publique mais d'en souligner les défaillances et les irrégularités. Le médecin se positionne au sein de cet espace du pouvoir qu'est le CNGE pour projeter ses angoisses au sein du comité, son rôle est de ce fait lui-même politique. Le pouvoir du médecin est également contrôlé par le CNGE, les praticiens qui se retrouvent à l'extérieur du comité peuvent subir des rappels à l'ordre étant donné que le contenu de l'information fait l'objet d'un véritable contrôle et critique en temps d'épidémie. Le 20 avril 2009, un médecin du district sanitaire II[1] de Niamey recouvrant plusieurs CSI et s'étendant de cité caisse au quartier Terminus annonce dans une radio locale des informations jugées douteuses par rapport à ce qui est détenu au niveau du comité. Il déclare que les adolescents sont les plus touchés par le sérogroupe C mis en cause de façon majoritaire[2]. Le 23 avril c'est un bactériologiste de l'IRSMI qui attire l'attention sur ce qu'il considère comme « une inquiétude » et retransmet l'information entendue à la radio et demande à ce que le CNGE statue sur ce cas. Il tance un médecin et lui demande de confirmer ou infirmer ce qui a été dit et qui concerne justement la commune dont il a la charge. Considérant que les informations qui ont été données sur l'incidence ne sont pas en lien avec les données détenues par l'IRSMI et que le sérogroupe C n'est pas le plus prévalent à la même période, un épidémiologiste de la DSSRE déclare : « Il ne faut plus que la DRSP laisse passer des messages comme celui-ci parce que ça passe jusqu'à l'international ! Il faut que cette erreur soit rectifiée dans la semaine[3].»

---

1 Les districts correspondent en gros aux communes et la ville de Niamey compte 5 communes.

2 Il y a une forte préoccupation au Niger concernant la valence de la bactérie, les praticiens et mêmes les populations s'en soucient car certains savent que le vaccin contre certaines sérogoupes n'est pas facilement accessibles et que l'ONPPC en détient un stock relativement faible, ce qui accroît l'inquiétude. En 2010, un médecin de Zinder déclare à la radio Anfani connue proche de l'opposition que le W135 est présente au Niger et qu'elle fait des ravages, message immédiatement rapporté au CNGE. Une contre information est produite destinée à calmer les esprits car il a été affirmé qu'un mouvement de panique a été observé depuis le message à la radio. Selon mes sources, le médecin de Zinder aurait été rappelé à l'ordre par sa DRSP.

3 Un épidémiologiste de la DSSRE, Niamey, réunion du CNGE du 23 avril 2009

Le président de séance renforce l'obligation donnée par un ordre: « Allez à la radio rectifier à propos de ce médecin et…calmez votre syndicaliste[1] ! »

Le contrôle de l'information s'étend donc surtout sur la parole des médecins dont l'autorité trop bien connue est justement celle qui est capable de faire basculer l'assurance des populations et provoquer les mouvements de panique trop familiers au Niger depuis plusieurs années dès qu'une épidémie de méningite est déclarée dans la cité.

5.3.6. La coopération bilatérale

La coopération bilatérale française au Niger dans sa manifestation au CNGE est assurée par un français naturalisé malien et professeur de médecine à Marseille qui s'acheminait vers la fin de sa mission lorsque j'ai commencé les enquêtes. En tant que conseiller technique du ministre de la santé, son rôle est d'assurer un nombre important de plaidoyer en matière de santé publique et de conseiller le ministre sur des sujets touchant son domaine d'expertise : la gratuité des soins, l'hôpital public et l'aide de la France en matière de santé au Niger. Il n'intervient pas explicitement au niveau du ministre pour la gestion des épidémies, son rôle au niveau du CNGE est de représenter la France et de déterminer en tant que représentant du bailleur les besoins en biens sanitaires lors d'une épidémie.

L'inventaire des groupes institutionnels et la description du CNGE fait entrevoir l'hétérogénéité des acteurs qui implique pour autant qu'ils aient un maximum de consensus sur les normes de santé publique. Cependant le CNGE incarne une société d'individus avec des intérêts différents parfois divergents. Ils n'ont pas le même poids ni le même rôle et sont porteurs des orientations de leur institution d'appartenance. De ce fait, ils ont des stratégies propres qui peuvent refléter la dimension chaotique de la santé publique en temps d'épidémie.

---

[1] Président de la séance, représentant du MSP, Directeur de la lutte contre les endémies, réunion du CNGE du 23 avril 2009

5.4 Ce que préparer implique

Selon l'OMS, il y a un fort risque de méningite épidémique lorsque le taux de vaccination est en dessous de 80%, un district n'a pas connu de vaccination depuis trois ans, si le seuil est précocement atteint en saison sèche[1]. Cependant, la véracité des couvertures vaccinales prête à controverse, des districts qui ont été vaccinés l'année d'avant refont une épidémie la saison suivante[2], les périodes de saison sèche se rallongent d'une manière alarmante et enfin les prétentions prévisionnistes des épidémiologistes sur une prochaine épidémie sont rarement corroborées. En effet rappelons que l'incertitude est dans l'ontologie des épidémies de méningite—les prévisions cycliques des épidémiologistes ne résistent pas aux faits et la méningite continue souvent à être qualifiée comme : « insidieuse » et « déconcertante ». Or, c'est au regard de ces indices que la préparation de la saison de la méningite suivante doit être élaborée. La préparation a donc ses limites au Niger car chaque indice est difficile à interpréter. Quelles sont alors les perspectives des experts face à une telle incertitude ? LAKOFF en s'inspirant des analyses du sociologue allemand Niklas Luhmann a recentré la question de l'incertitude autour de « *the ecology of ignorance* » qui permet aux experts de se positionner non pas sur ce qui va advenir mais d'investir des « espaces volatiles » caractérisés par leur « unkownable », leur caractère méconnaissable[3]. La société occidentale, celle du génome à laquelle les réflexions de Andrew Lakoff puisent leur force ne ressemble pas à la société nigérienne pas plus que celle du CNGE. Celle-ci rame plutôt à contre courant de cette société moderne saisie par la question du déchiffrage du génome. Dans la société occidentale moderne, l'ignorance pose la responsabilité du devoir de communiquer d'abord puis de se préparer ensuite. C'est une société décrite comme étant irritée par l'inconnaissable et le mystérieux. Ce n'est pas le cas au CNGE. Il n'y a pas ici un certain nombre d'interventions assurant le fonctionnement continu du système dans l'éventualité d'une urgence. La préparation est réduite à sa plus simple expression sinon à son absence alors qu'elle fait partie du mandat du comité et qu'en 1996, dans le chapitre 2 de la déclaration de Ouagadougou, les ministres des pays africains affirmèrent :

---

1 OMS, ibid., Page 308

2 Voir le dernier chapitre de la thèse

3 LAKOFF A, 2008, Page 401

> « Les Etats participants, après un large échange d'expériences et une discussion approfondie sur les voies et les moyens de mener plus efficacement la lutte contre les épidémies, conviennent que le préalable à toute coopération sous-régionale fructueuse réside dans une volonté et un engagement exprimés individuellement par chacun des Etats au travers d'un plan d'action national de préparation et de réponse aux épidémies. Ce plan doit être fondé sur une vision claire des résultats souhaités et sur un ensemble minimum d'interventions et d'activités, susceptibles de mobiliser toutes les structures et les institutions sanitaires nationales, l'ensemble des professionnels de la santé, les autres secteurs concernés, les communautés, ainsi que les partenaires[1]. »

Cette déclaration est non seulement une amorce d'une santé publique sous régionale et des « pays de la ceinture de la méningite » mais elle a également contribué à formaliser la préparation et à fixer sa nécessité pour toutes les maladies épidémiques au-delà de celles qui ont été visées à Ouagadougou (méningite, choléra, rougeole et fièvre jaune). La prémisse de ce document est d'étendre la surveillance et la planification « à tous les niveaux du système de santé[2] » et de dire qu'en cas d'épidémie les mesures visant à limiter les effets nocifs sur la santé doit être efficace, rapide et locale. Ainsi une préparation par une planification de la saison épidémique suivante doit être faite à la fin de chaque épidémie depuis la réunion de Ouagadougou. Or lorsqu'une épidémie survient, les pouvoirs sont concentrés au niveau central du fait de la faible portée de la décentralisation sanitaire. D'ailleurs l'existence du CNGE et les taches lourdes qui incombent au comité ne sont dues en réalité qu'à cause de la très forte centralisation des administrations sanitaires comme l'ont remarqué nombre de nos interlocuteurs. Au niveau périphérique en effet, la réalité est différente, les comités de gestion des épidémies ne sont pas pérennes mais opportunistes, le médecin de district est le premier personnel habilité à diriger le comité avec les équipes cadres district et le manque de financement condamne les comités de gestion périphérique à leur plus simple expression ou

---

1 Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'ouest, l'Algérie et le Tchad, 1996, Ministère de la santé du Mali, [en ligne] :

http://www.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=349&Itemid=87, consulté le 25 août 2012

2 Ibid.

à ne même pas émerger.

En octobre 2009, le bilan est si consternant que les pays africains refont une réunion à Ouagadougou, sept mois après les réunions du CNGE, dans le cadre du 7ème atelier annuel interpays de planification de la réponse aux épidémies de méningite dans lequel ils réaffirment :

> « Considérant le caractère cyclique de 8-12 ans des grosses épidémies et, vu que la dernière épidémie majeure date de 1996-97, tout pense à croire que nous devons nous attendre à la survenue d'une grosse épidémie dans les années à venir. Il apparaît donc avec une impérieuse nécessité le besoin d'une préparation des pays pour faire face à toute éventuelle épidémie et apporter la riposte appropriée[1]. »

Passons sur la doxa du cycle épidémique[2] qui minimise le caractère fulminant et « majeur » de l'épidémie de méningite de 2009 rappelé par l'IRSMI dans son rapport annuel de la même année[3] et le bilan de plus de 13000 cas dont 400 morts enregistré par le Niger à la même période en 5 mois pour nous focaliser sur « l'impérieuse nécessité » de se préparer pour faire un retour sur ce qui se passe au Niger avant cet atelier. Le comité de gestion nationale des épidémies a débuté ses réunions la dernière semaine de janvier lorsque la ville de Madarounfa dans la région de Maradi signale le dépassement du seuil d'alerte de 7 de ces CSI et qu'à Keita dans le centre du pays, un mail est envoyé par une ONG française directement à l'OMS pour signaler le début d'une épidémie[4] et demander de l'aide. A la même époque, aucun document de planification n'a atterri sur le bureau des partenaires qui signalent ce manquement dès les premières réunions. Il est admis par la DSSRE que toutes les données n'ont pas encore été obtenues au niveau central sur les conclusions de la surveillance et les couvertures vaccinales de 2008 et que dans les jours suivants un document de planification serait établi. En février

---

1OMS, Rapport 7ème atelier interpays de revue et planification sur la surveillance renforcée et la riposte aux épidémies de méningite en Afrique, Ouagadougou, 2009

2 Une épidémie tous les 8 ou 10 ans qui dure trois ans selon Lapeyssonnie et certains épidémiologistes contemporains

3 IRSMI, 2009, Rapport d'activité, page 7, voir également THIONGANE O, op.cit

4 Je renvoie au dernier chapitre consacré à cette épisode.

2010, la directrice dans son bureau en établissant les règles de la planification révèle la difficulté de son institution à tirer des leçons des saisons précédentes :

> « **La directrice de la DSSRE :** à chaque fin d'année d'épidémie, nous menons ce qu'on appelle des évaluations annuelles. En fonction des évaluations annuelles on élabore nos plans d'action pour l'année à venir.
> **Moi** : c'est au niveau Niger seulement?
> **La directrice de la DSSRE :** l'évaluation se fait dans chaque pays, chaque pays fait sa propre évaluation et élabore ses actions.
> **Moi** : est ce que pour l'année dernière (2009), ça a été fait et est ce qu'il a existé un plan d'action dont je n'ai pas pris connaissance?
> **La directrice de la DSSRE :** L'évaluation a été faite mais le rapport n'est pas encore prêt, nous sommes dessus[1]. »

Sur deux années successives pendant lesquelles nous avons participé au CNGE, les documents de planification n'ont pas été achevés alors que l'épidémie est déclarée dans plusieurs districts. Au regard de cette situation qui prévaut, il existe un décalage entre les normes et les pratiques.
Pourtant la nécessité de se préparer est posée en termes d'obligation par l'OMS comme l'un de ses membres le rappelle au cours d'une réunion du mois de mars :

> « La riposte doit se préparer au mois de novembre après la fin d'une épidémie, il faut faire une évaluation et préparer une action, on l'a assez dit[2]. »

Le concept de préparation est ambigu dans le contexte nigérien car préparer une épidémie de méningite est complexe. Pour préparer une épidémie, il est entendu qu'il faut la déclarer, c'est-à-dire que les centres de surveillance signalent une activité saisonnière épidémique inhabituelle aux autorités centrales qui l'acceptent, vérifient éventuellement s'ils n'ont pas

1 La Directrice de la DSSRE, Niamey le 25 février 2010

2 Représentant de l'OMS au CNGE, Niamey, Réunion 12 du 26 mars 2009

affaire à des prophètes du malheur[1]. Celle-ci est la figure limite qui déréalise ne donnant pas accès à un futur connu ou proche. Ensuite on doit reconnaître qu'une épidémie est susceptible d'avoir lieu pour préparer une campagne vaccinale.

La dénomination épidémie a elle-même une connotation ambiguë. Certains termes qui définissent une situation d'urgence ne sont pas neutres[2]. Les mots famine et épidémie ont eu des connotations symboliques fortes dans le passé et le demeurent encore aujourd'hui. Leurs énoncés ne sont pas assujettis de neutralité au Niger en termes pratiques et symboliques. Déclarer une épidémie, c'est définir des responsabilités et les endosser, affecter des ressources précises à la propagation de la maladie, mobiliser des personnes et des opinions, c'est susciter des frayeurs et des questions, c'est aussi du point de vue administratif, la désorganisation des services sanitaires du pays en un mot, c'est être emmené à gérer un chaos social[3]. Une épidémie est l'expression d'une interaction complexe entre des processus biologiques, sociaux, culturels et physiques. L'épidémie laisse des traces, marque les esprits et les corps, modifie la vie sociale, elle peut être un événement tragique, relever d'une crise sociale comme en 1995. Il s'agit de ce fait d'un objet social hautement complexe dont l'étude est pluridisciplinaire par les catégories cognitives qu'elle mobilise. Ensuite l'épidémie comme événement peut revêtir un statut politique et l'analyse depuis le début de l'épaisseur historique des épidémies de méningite l'a prouvée.

Il est établi par les spécialistes de l'environnement qu'il y a une relation de corrélation entre les épidémies de méningite et la sécheresse sans qu'on connaisse les véritables mécanismes. Les mécanismes de propagation de l'épidémie étant complexes et discutés jusqu'à aujourd'hui, il y a un flou dans lequel s'engouffrent les autorités de la région. Cette représentation de la maladie dominée par l'incertitude conduit à moduler la préparation de manière impromptue. Les ressources elles-mêmes comme les vaccins ne peuvent être aux mains des autorités que si les sentinelles donnent l'alerte, ensuite la préparation nécessite de réunir tous ces acteurs, mais surtout de rentrer dans le protocole défini par Genève pour

1 CHATEAURAYNAUD F & TORNY D, 1999

2 ROSSI, 2007: 152

3 WATTS, S, Epidemics and History: Disease Power and Imperialism, Yale University Press, 400 pages

accéder aux vaccins selon des indices, un calcul de seuil d'épidémie et un ensemble de procédures. Ces procédures sont au fondement de la vaccination réactive qui ne fait pas l'objet de consensus comme chez cet expert des méningites bactériennes à l'Institut Pasteur Paris :

> « La question de la vaccination réactive m'intéresse dans la mesure où je considère que cette stratégie n'est pas judicieuse. Elle préconise de vacciner une partie de la population une fois que certains critères sont établis et surtout de vacciner une fois que l'épidémie est déjà là[1]. »

De ce fait les vaccins sont une technologie d'action et de contrôle pour minimiser les dommages. Dans ce contexte on peut comprendre qu'en se préparant l'épidémie a toutes les latitudes pour bien s'installer dans un territoire 2.3 fois plus grande que la France avec des endroits enclavés, difficiles d'accès mais peuplés. Il est de ce fait probable que l'absence de processus de planification rend difficile la prise de décision.

5.5 Ne pas décider de ce qui sera fait :

Habituellement cinq ou six pathologies font l'objet de préoccupation au niveau des réunions: la méningite, le choléra, la polio, la rougeole, la grippe et à moindre mesure la malnutrition. Les données sur le paludisme peuvent être également faire l'objet de discussions. La méningite est l'une des principales préoccupations. Chez les experts de santé publique, elle donne matière à un discours terrifiant pas si éloigné des perceptions en milieu populaire :

> « C'est la maladie la plus méchante… La méningite est une préoccupation qui revient toujours car c'est une maladie qui frappe et les conséquences sont fâcheuses s'il n'y a pas la mort, il y a la surdité, les handicaps même physiques, il y a le mental[2]. »

La représentation du risque liée aux conséquences physiques et psychiques importantes de la maladie est une des explications de l'attention portée à la méningite. Les autres épidémies

---

1 Un médecin et microbiologiste à l'Institut Pasteur, Paris, le 26 juin 2010

2 Un épidémiologiste de la DSSRE, membre du CNGE, août 2011

bénéficient d'une inquiétude inégale notamment du fait que la pression populaire souvent évoquée lors des réunions de maîtrise des épidémies de méningite n'est pas la même que pour d'autres pathologies. La prédominance des préoccupations liées à la méningite au niveau du CNGE n'est donc pas liée au contexte de 2009 qui est l'année épidémique la plus importante après 1995. Pour la plupart des acteurs interrogés, année épidémique ou pas des foyers de méningite demeurent souvent un sujet d'intérêt et de vigilance. La panique des populations et la force des rumeurs s'agissant de la méningite contribuent souvent à faire pression plus rapidement sur les mécanismes de gestion épidémique et constituent un levier efficace pour la réponse en santé publique. Par ailleurs, la perception d'une « maladie méchante » qui « frappe » fait du CNGE le lieu de projection des angoisses des biologistes et des épidémiologistes dont l'inquiétude jour après jour suit le mouvement de prolongation de la courbe statistique. Le comité est un lieu du politique, la gestion de la vie s'y incarne à travers les statistiques, la surveillance des corps malades et une vigilance sur le contenu de l'information délivrée au public. Il est également une institution du savoir dénommé le plus souvent « cellule de crise » de sa première appellation en 1995. La circulation des savoirs concerne non seulement les biens de santé qui seront distribués (vaccins, médicaments, seringues) mais également les savoirs sur les maladies, les bactéries, la logistique et les décisions. La cellule de crise a été très tôt liée à la pensée de l'urgence entendue dans l'acception médicale comme la délivrance des biens de santé dans un souci de satisfaire à des besoins. La pensée de l'urgence détermine également la stratégie d'exceptionnalité dans laquelle se projettent les acteurs de l'humanitaire dans la maîtrise des épidémies. L'urgence en appelle à l'intervention dans une temporalité courte. Le CNGE est une société à pluralité irréductible pour emprunter une expression de la sociologie interactionniste[1], le pluralisme des valeurs des intervenants ne rend pas la tache de la décision aisée. Elle concerne principalement la reconnaissance nationale d'une épidémie signalée à un endroit, l'affectation des ressources, le soutien à la campagne vaccinale, l'envoi de l'aide et des évaluations en cas de nécessité.

1 DODIER N, 2005, page 9

En 2009 et en 2010, les réunions du comité ont débuté respectivement en janvier et en février. La temporalité des réunions illustre une dimension de contrôle de l'épidémie plutôt que de sa préparation qui est pourtant dans son mandat. Deux interprétations ont été fournies par les protagonistes du comité : d'un côté, la difficulté à basculer des réunions mensuelles (juillet-septembre) —où on est au-delà de la vigilance— à l'urgence caractérisée par le niveau de risque et donc l'alerte ; de l'autre côté, l'aveuglement du système d'alerte du au retard des centres épidémiologiques dans la notification des données. La distraction et le manque d'analyse des données fournies et par conséquent, le manque de recul expliquent selon deux fonctionnaires de l'OMS interrogés que l' « on court derrière l'épidémie ». Malgré l'événement fondateur du CNGE, on note une faible évocation des épreuves antérieures or selon la sociologie pragmatique celles-ci sont nécessaires à l'exercice de la vigilance[1]. Les acteurs ne statuent pas sur le passé mais agissent sur le présent. Si la compilation des savoirs bactériologiques et épidémiologiques, « la remontée d'expériences tangibles [2]» par les ONG sont des conditions sine qua non pour prendre une décision de santé, les choses ne vont pas de soi. En mars 2009, l'épidémie de méningite a commencé à s'étendre dans le pays, l'incidence est supérieure de 10 fois par rapport à la saison précédente, il est établi que le Niger est en proie à la plus grande épidémie de méningite connue depuis 1995. Alors que certaines voix pressent les membres de la DSSRE à clarifier les besoins et à prendre des décisions pour endiguer l'épidémie, à l'exemple de l'assistant technique français auprès du ministère de la santé : « prenez vos décisions, les partenaires vont vous seconder[3] ! », le point de la situation dans le bureau de celui-ci aboutit à la réflexion suivante :

> « Quand il s'agit d'aborder une maladie comme la méningite moi je comprends très bien pour revenir au graphique que je vous ai montré tout à l'heure quand on a une courbe qui monte je serais ministre, (je ne lui en ai pas parlé parce que je ne suis pas de l'OMS, je lui en aurai parlé les gens de l'OMS vont me tomber sur le dos) on appuit sur le bouton ! […] normallement il devrait y avoir des décisions, il y a une manque de décison, les gens ils hésitent, chacun veut

1 CHATEAUREYNAUD et TORNY, op. cit., page 125

2 CHATEAUREYNAUD et TORNY, ibid.

3 Réunion du CNGE, le 26 mars 2009

> avoir raison, les gens n'osent pas prendre la décision parce qu'on a peur de prendre une décision et on a peur de s'opposer justement aux trucs qui sont écrits par l'OMS voilà donc on est là, on bricole, c'est la pire des choses de bricoler[1] »

Ces propos méritent une attention soutenue. On peut considérer qu'ils tirent de leur force de l'ensemble d'un entretien d'une durée d'une heure trente minutes impossible à restituer ici. Le message provient d'un conseiller technique proche du ministre qui observe depuis trois ans la situation épidémique dans le pays et le travail du CNGE et conserve un discours souvent hostile à l'OMS. Il considère que les directives sont contraignantes et que les acteurs de santé publique ont tendance à se conformer à celles-ci en dehors de la prise en compte des spécificités des épidémies de méningite au Niger. Il nous explique que la stratégie de contrôle des épidémies n'admet que la certitude par des passages de la preuve rigoureuse : atteindre un seuil d'alerte, un seuil d'épidémie[2], confirmer les cas par le laboratoire, fournir la preuve de nécessité des ressources pour la vaccination. Par ailleurs, toute décision prise pour enrayer l'épidémie alors que les vaccins ne sont pas délivrés ne sont que promesse d'entamer une « guerre » dans un champ de bataille alors que les « armes ne sont pas livrées ».

> « Quand le taux d'attaque est suffisamment relevé pour qu'on réagisse activement par rapport à cela c'est à ce moment là qu'on commande les vaccins alors que cette décision là moi je l'aurai pris il y a quinze jours[3] ! »

Or au Niger, le contrôle de la méningite entretient avec la thématique de l'économie de la pénurie des affinités électives[4], toute décision précipitée notamment de vacciner peut être

---

1 Entretien avec un conseiller technique du ministre de la santé, le 25 mars 2009

2 Rappelons que le seuil d'alerte est fixé à 5/100 000 cas et le seuil d'épidémie a été ramené à 10/100 000 cas après la réunion de consensus à Paris

3 Entretien avec un conseiller technique du ministre de la santé, idem. Le taux d'attaque désigne le nombre de malades rapporté à la population à la fin d'une épidémie.

4 Au sens wébérien du terme d'existence d'élément de convergence entre une mesure de santé publique et un état économique, MICHEAL LOWY donne une signification élaborée de l'acception wébérienne d'affinités électives « comme le processus par lequel deux formes culturelles – religieuses, intellectuelles, politiques ou économiques – entrent à partir de certaines analogie significatives, parentés intimes ou affinités de sens , dans un rapport d'attraction et influence réciproques, choix mutuel, convergence active et renforcement mutuel » , LOWY M, « Le concept

ruineuse si la preuve n'est pas établie. L'argument de la pénurie se retrouve à plusieurs moments du discours :

> « Pourquoi parce qu'on attend beaucoup trop tard_et on n'a jamais les moyens au moment où on déclare l'épidémie de lutter contre[1]. »

Ainsi, il existe une tension entre la disponibilité des ressources et la prise de décision. Par ailleurs, il existe un rapport de cause à effet entre l'évaluation du risque au niveau national et la prise en compte de la somme des décisions de chaque région du pays ayant envoyé des signaux d'alarme et l'expression de ses besoins. Ensuite, le CNGE est non seulement chargé de gérer des trous, c'est-à-dire l'ensemble des régions ou districts muets qui ne transmettent que peu ou pas et qui n'organisent pas de comité de crise mais également de prendre en compte les besoins des autres régions. Or, comme le fait remarquer avec clairvoyance un épidémiologiste de la DLME :

> « On ne pas gérer l'épidémie à partir d'ici. On n'est pas sur le terrain, on ne sait pas qui fait quoi, il faut que le comité se donne les moyens[2] »

Soulignons que ces propos prouvent que les alertes ne remontent pas systématiquement du terrain en 2009 et l'apparence de paralysie que livre l'ethnographie du CNGE est le reflet d'une réalité éprouvée et vécue par l'ensemble des participants aux réunions mais dont l'aveu n'est pas systématiquement fait.

5.6 Se donner les moyens

Niamey, nous sommes le 26 mars 2009, c'est la 12ème réunion du CNGE dans la salle informatique de la DSSRE. Il est 09h 30 comme chaque jeudi, le président de la séance attend les derniers retardataires pour commencer la réunion. Nous sommes une trentaine

---

d'affinité élective chez Max Weber », Archives de sciences sociales des religions [En ligne], 127, juillet - septembre 2004, , consulté le 23 août 2012. URL : http://assr.revues.org/1055

1 Entretien avec un conseiller technique du ministre de la santé, ibid.

2 Un épidémiologiste de la DLME, Niamey le 26 mars 2009

d'individus fonctionnaires des Nations Unies, chercheurs de l'IRSMI, épidémiologistes de la DSSRE, membres d'ONG, responsables de programmes nationaux d'éradication ou de lutte contre le paludisme, le ver de Guinée, assistants techniques du ministère de la santé, pharmaciens et médecins. L'ordre du jour se décline en quatre points :

> « Amendement du compte rendu de la semaine précédente,
> Mise en œuvre de la recommandation de la semaine suivante,
> Situation épidémiologique nationale
> Situation bactériologique ».

Quatre éclaircissements sont d'emblée fournis par le président de séance conformément à la recommandation de la semaine précédente qui demandait que le comité statue sur les ressources disponibles :

> « Je signale (1) qu'aucune acquisition de vaccin MEG n'a été faite, (2) les besoins des districts doivent être établis selon les line list, (3) nous prépositionnons les vaccins dans les districts selon les besoins. (4)Par ailleurs je signale toute suite qu'il est impératif que les ONG partagent avec nous les informations qu'elles ont ! ».
> **Un bactériologiste de l'IRSMI** (il contredit sur le champ la 2ème affirmation) : le ravitaillement nous le savons bien n'est pas en fonction des besoins mais de la disponibilité !
> **Le président de séance** (énervé ouvre le contentieux) : il y a eu des vaccins annoncés mais quelle est la disponibilité réelle ? Est ce que ce sont les 270 000 doses de la semaine suivante ? On ne sait pas à quel niveau se situent les vaccins promis par les organismes, on a continué à travailler avec le stock disponible voilà les infos, il y a eu des vaccins 776 000 doses ont été dispatchés dans la région, la DSSRE n'était pas au courant ! »
> **Le représentant de l'OMS** (il fait un regard circulaire): le Ministère de la santé publique devrait être au courant de la disponibilité et de l'utilisation de ces vaccins ! Il faut que les ONG (MSF) partagent les données et les décisions. Il n'y a pas de raison qu'on n'informe pas le ministère et qu'on continue à penser que les vaccins ne sont pas encore là alors qu'ils ont été réparti et on ne sait même pas comment ! Une fois de plus on attire l'attention par rapport au partage de l'info, il faut que le ministère partage les informations que vous avez ! »

Cette réunion s'ouvre sur un ton inhabituel, celui de la polémique. Les moyens promis par les

institutions onusiennes (OMS et UNICEF) tardent à venir, le décaissement est lent. Les lourdeurs administratives ne semblent pas être une spécificité propre à l'état nigérien. Or, les régions attendent que des moyens de vaccination et de prise en charge pour contenir l'épidémie leur soient fournit, il est souligné par le président de séance que les besoins ne seront satisfait que si les fiches de renseignement dont disposent les formations sanitaires sont remplies, précision balayée par un biologiste de l'IRSMI qui entend faire entendre une réalité crue : « toutes les demandes ne seront pas satisfaites, on n'octroie de vaccins que s'il y'en a ». Le président de séance épidémiologiste à la DSSRE fait l'aveu de la propre faiblesse de son institution : la DSSRE est rarement au courant de ce qui se passe. Enfin, l'enjeu tourne sur le court circuitage de la décision par les ONG qui entament les campagnes de vaccination sans que le comité soit au courant. La réponse à la critique que donne bien plus tard en off un membre de MSF particulièrement ciblé par les propos du président de séance et du représentant de l'OMS mérite qu'on s'y arrête :

> « Voilà globalement il y a un grand problème c'est qu'au niveau décentralisé souvent on donne l'information et au niveau central ils disent qu'ils n'ont rien. Ils ont des problèmes à se parler quoi. On donne l'information mais dans un même bureau, les gens ont des problèmes pour se parler. Ils ne sont pas très pro actifs à la recherche d'information. Voilà ils nous critiquent en plénière en disant qu'ils n'ont pas l'information… Là où la DSSRE était frustrée et là je le comprends bien c'est des vaccins qui nous appartenaient à nous et c'est nous qui décidions à qui les allouer, quelle campagne de vaccination on faisait avec ce qui est peut être pour eux une priorité […]Ce sont des vaccins qui nous appartenaient donc c'est nous qui gérions tout. Après cela fait partie du jeu autoritaire ici au Niger, tu peux faire mal en termes de communication, etc[1]. »

Le discours du membre de MSF est sans ambiguïté, les ressources sont non seulement un enjeu de pouvoir et son ONG joue sur cette donnée. La gestion de la vie est donc sujet à la concurrence, celui qui arrive le premier sur la scène de l'épidémie a le pouvoir de dispenser l'aide dont ont besoin les populations. L'ONG en niant l'exclusivité de l'Etat nigérien à contrôler les corps par la distribution des biens et l'immunisation des corps soulève la

1 Chef de mission, MSF Belgique, Niamey 16 avril 2010

question de la redistribution des prérogatives en temps épidémique. Le fait que la DSSRE demande à être saisie avant les activités de vaccination de MSF montre que cette redistribution nécessité d'être renégociée en période de méningite même si elle a été d'emblée posée de manière générale bien avant au moment où les programmes humanitaires et les ONG se sont implanté dans le pays. Or même si au niveau du ministère de la santé, MSF a bien tendu sa feuille de route, les ONG sont accusées de faire un travail indépendant du moment où elles omettent la concertation avec les pouvoirs publics habilités à contenir l'épidémie. Par ailleurs on peut considérer que cette attitude décriée d'intervenir pour vacciner sans que le CNGE soit au courant participe de la construction de légitimité par l'action d'urgence :

> « C'était une épidémie régionale et au Niger, on est obligé d'aller très vite, il fallait être un peu cowboy avant qu'on ne puisse plus gérer.[1]»

L'ONG y trouve son compte. Les formes stables de la critique sont données explicitement par les termes utilisés par le chef de mission, la gestion de l'épidémie de méningite doit passer par une opération coup de point, le procédé typique du « cowboy » et de ce fait l'urgentisation quitte à contourner les pouvoirs publics accrédités. On peut d'un autre côté, accorder son importance à la justification du chef de mission de la section belge de l'ONG : à la DSSRE l'information elle ne passe pas. Considérons l'explication du point Focal des urgences, épidémiologiste à la DSSRE,:

> « Il y a eu une friction importante. Les vaccins sont arrivés sur le terrain sans qu'on sache nous ici ! Ils ont vacciné à Zinder, Maradi et Dosso. On n'a pas eu la maîtrise de ce que MSF faisait […]je pense qu'à un moment donné eux et nous ne nous sommes pas bien compris. MSF fait de la rétention d'informations. On a besoin de savoir combien on a investi pour le secteur santé dans le domaine des épidémies et on a besoin de savoir ce qui a été fait et de calculer les coûts. Eux gardent tout pour eux […] Ce n'est pas une question de contrôle ! On a demandé des explications. MSF dit que le MSP avait donné son aval ce qui est vrai. On a démontré que

1 Idem

c'était une maladresse1. »

Si le caractère conflictuel de la situation n'est pas édulcoré, le point focal des urgences confirme l'ignorance des faits dans laquelle son service a été maintenu. Le problème de la transmission des informations ne semble pas être un mythe, la DSSRE ignorait tout simplement que son autorité, le ministère avait donné son aval, cependant la stratégie mesquine du contournement de la DSSRE chargée de stocker et de dispatcher les vaccins au niveau central est souligné par mon interlocuteur.

L'histoire n'a pas qu'un caractère conflictuel mais aussi humiliant, car au mois de mars, une requête de vaccins est travaillée par l'OMS et la DSSRE qui est refusée par l'ICG à Genève qui leur fait savoir que le protocole n'est pas complet qu'il manque des informations précises sur certains districts : « Unfortunally conflicting information and poorly documented request conduct to reject your demand[2]"

Il semblerait alors que la requête que va lancer en même temps MSF n'est pas connue à la DSSRE, ce que ne confirme pas le représentant de l'ONG :

« **Chef de mission MSF Belgique** : La DSSRE était au courant de notre requête ça traînait trop y avait une sorte de requête globale qui ne sortait pas du coup MSF a fait une requête pour la région de Maradi.
Moi : Est ce que vous savez pour quelle raison la requête de la DSSRE a été refusée ?
Chef de mission MSF Belgique : Non non absolument pas c'est bien fait d'ailleurs (rires). Non mais en fait en ce temps là c'était l'OMS qui gérait le truc en ce moment là le représentant de l'OMS, le malgache oui, il était d'une prétention ! Maintenant c'est encore plus prétentieux. Eux ils ont acheté des vaccins dans le domaine privé au final. En 24 heures une commande de vaccins est réglée, c'est rapide au niveau de Genève. On a des facilités, on fait partie de l'ICG quand on fait une demande c'est accepté toute suite[3]. »

1 Président de séance du CNGE ce jour là, Point focal des Urgences, épidémiologiste de la DSSRE, Niamey 02 avril 2010
2 Mail confidentiel, DSSRE, le 22 mars 2009
3 Chef de mission, MSF Belgique, idem

Rappelons que MSF fait effectivement parti du comité exécutif de l'ICG et que les principes d'obtention des vaccins ont été aussi élaborés avec l'ONG qui maîtrise les procédures d'accès des vaccins au niveau de Genève ce qui n'est pas forcément le cas des agents de la DSSRE comme le confirme l'épidémiologiste en chef :

> «On ne connaissait pas les modalités l'année dernière fut la première fois que nous lancions une requête à l'ICG qui a changé les règlements sur les prospections cette année. Il demandait de démontrer que le DS est en épidémie pour lancer une commande et maintenant ça a changé c'est à l'échelle d'un CSI. Vous vous imaginez attendre que tout un district soit en épidémie pour lancer une commande de vaccins[1] ! »

Les critères d'accès aux vaccins ne faisaient pas l'objet de consensus à la fin des années 90 et la souplesse adoptée par l'ICG qui demande de fournir les données épidémiologiques par CSI ne date que de 2010. La DSSRE ne semble pas s'être réapproprié cette réforme. A la direction le discours est le même :

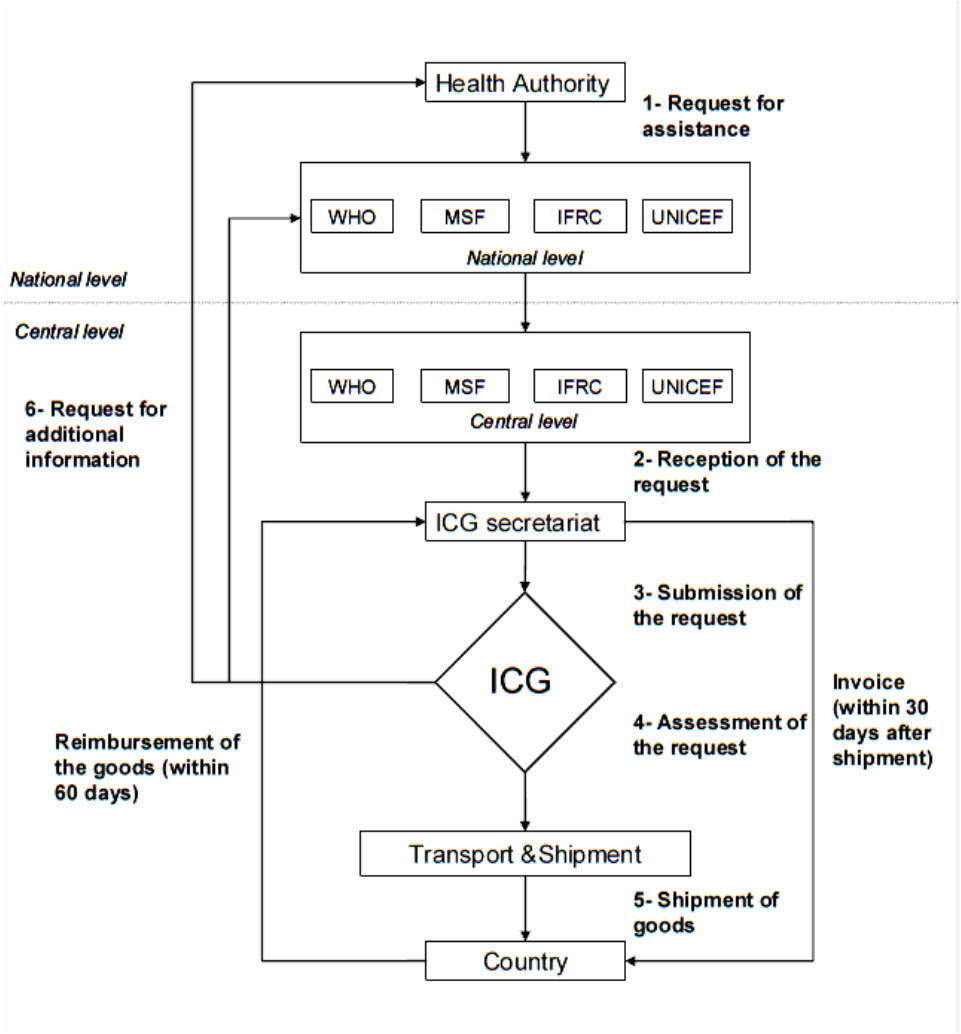
> « La riposte a été tardive en ce sens que nous ne disposons pas de vaccins! c'est à dire c'est la procédure même de l'ICG par rapport aux commandes de vaccins qui est vraiment lourde et s'il y a des améliorations à apporter je pense qu'il faut assouplir la procédure, c'est l'acquisition des vaccins qui posent problème, si nous avions des vaccins prépositionnés, la riposte allait être plus prompte. Comme les vaccins ne sont pas prépositionnés, il faut attendre l'entrée en épidémie, de produire certains statistiques, donc y a des échanges interminables avec l'ICG par rapport à la production des vaccins c'est vraiment cette procédure que nous nous incriminons[2]. »

Les procédures administratives longues et rigoureuses sont comme le reconnaissent les agents de la DSSRE l'un des principaux obstacles à la réponse aux épidémies de méningite.

---

1 Point focal des Urgences, épidémiologiste de la DSSRE, idem

2 La directrice de la DSSRE, Niamey le 09 mai 2009


Health Authority
1- Request for assistance
WHO
MSF
IFRC
UNICEF
National level
National level
Central level
WHO
MSF
IFRC
UNICEF
Central level
6- Request for additional information
2- Reception of the request
ICG secretariat
3- Submission of the request
ICG
4- Assessment of the request
Invoice (within 30 days after shipment)
Reimbursement of the goods (within 60 days)
Transport &Shipment
5- Shipment of goods
Country

ICG criteria for reviewing requests for assistance

Evidence of an ongoing outbreak

Epidemiological data should demonstrate that the number of cases per week in affected districts have crossed the epidemic threshold.

Laboratory confirmation of the causative strain

Identification of the causative meningococcal strain is essential to select the appropriate vaccine. Ideally, the serogroup should be determined by culture or PCR, but laboratory results from latex tests may also be considered .

Availability of a mass vaccination campaign plan of action

A vaccination plan is crucial to the success of a mass vaccination campaign and guarantees an optimal use of resources. The availability of a sound plan will accelerate the ICG decision process and increase the effectiveness of the intervention.

Availability of standard storage conditions and material resources

To ensure safe and effective mass vaccination campaigns, vaccines should be stored, bundled with injection material and handled according to universal safety standards. Therefore countries should provide information on the availability and conditions of storage (cold room, refrigerators, cold-boxes), as well as on the exact quantity of vaccine, AD syringes and safety boxes already available in the country. This information will be used to determine the type and quantity of the goods that will be shipped.

The decision to release vaccines and other materials to a country facing an epidemic is based only on these criteria.

All requests for preventive routine immunization are excluded.

Schéma 1 : Opération montrant la requête à l'ICG et la fiche d'évaluation, Guidelines for applying to the emergency stockpile, 2008

L'exigence de preuves pour le groupe de Genève au moment même où l'épidémie sévit est jugée pénible par le point focal des urgences et la directrice de la DSSRE. Le protocole n'est pas familier au groupe des épidémiologistes en charge de passer la commande et l'ONPPC qui s'occupe de la réception des vaccins délivrés par l'ICG. Ce groupe qui conserve le stock mondial de vaccins établi à 15 millions en 2009 ne délivre les ressources que dans le respect rigoureux du protocole. Si au Niger la charge critique sur la faiblesse de la décision au CNGE

porte sur les contraintes administratives et logistiques posées par l'ICG, d'autres développent un argumentaire plus favorable à l'ICG:

> « L'ICG a mis en réalité des garde fous qui sont des contraintes pour l'Etat. Il a accepté déjà de revenir sur le seuil épidémique et certaines décisions rigides prises à Bamako (réunion 1998). Les états sahéliens n'ont pas les moyens de répondre avec promptitude à l'ICG qui est pourtant parti d'un bon sentiment. Les industries pharmaceutiques ne fabriquent pas des vaccins tout le temps, l'ICG essaie de limiter le gâchis si un état commande alors que cela dépasse ses besoins et qu'un autre pays fait une grosse épidémie, il faut rationaliser les besoins[1]. »

En échange l'ICG joue le rôle de pression au niveau des industriels pharmaceutiques réticents à produire des vaccins pour des États peu solvables et hostiles à la perte de leurs investissements, les pays de la « ceinture de la méningite » sont soumis à la nécessité de rationaliser leurs besoins. Au moment où la polémique va s'amplifier entre MSF et l'Etat nigérien et qu'il est souligné qu'il est « inadmissible » que les vaccins soient sollicités de manière compétitive, il est important de souligner que les membres du comité exécutif de l'ICG dont fait parti MSF au même titre qu'UNICEF et l'OMS, demeurent des garants surs de l'accès aux ressources. De ce fait, la critique portée vers l'ICG par l'administration nigérienne est isolée, les membres du comité exécutif ne remettent pas en question le mode d'accès aux vaccins et son modèle de répartition. En 2009, au mois d'avril, une mission d'évaluation demandée par l'OMS et le ministère de la santé sur la manière dont la riposte contre la méningite (ceci avant la fin de l'épidémie) expose les conclusions au niveau du CNGE. L'évaluateur ancien directeur de la DSSRE et nouveau fonctionnaire de l'OMS revient sur le refus de la demande de vaccins essuyé par la DSSRE en soulignant que celui-ci se basait manifestement sur la pénurie de vaccins au niveau industriel, 11 millions de doses étaient disponibles au niveau mondial et la demande du Nigeria qui connaît au même moment, l'une des épidémies les plus graves depuis la décennie 90 a balayé la requête mal travaillée de la DSSRE. Cette révélation a mis à jour

1 Un bactériologiste de l'IRSMI, Niamey le 22 août 2011

les ressorts d'un refus motivé par une pénurie de vaccins au niveau des industriels pharmaceutiques et donc le soupçon du Dr J-P Chippaux au moment de la controverse des années 90 à 2000, lorsqu'il estimait que le stock était « fictif ». Un pharmacien de MSF, par ailleurs inspirateur de la campagne pour les médicaments essentiels dès les années 90, bien que niant ce caractère fictif des stocks avancé par le Dr Chippaux révèle toute l'ambiguïté de la situation à Genève en un aveu :

> « Non le stock est réel mais chez les fabricants du moment où ils ont été payés, mais c'est réel et pas fictif. On a été à l'initiative de l'ICG parce qu'au moment des épidémies, tout le monde veut des vaccins, il y a très peu de fabricants de vaccins et un fabricant ce n 'est pas vraiment sa responsabilité de veiller qu'il y ait des stocks et de s'arranger avec son concurrent pour qu'il y ait un stock l'idée de l'ICG, elle est venue de la constatation de *shortage* ou de risque de *shortage* au moment où dans les épidémies, tout le monde veut des vaccins dès fois ce sont des besoins qui sont complètement surestimés et il y a des moments où il faut acheter des vaccins pour donner à des pays qui sont en difficulté, ça peut très bien entraîner une pénurie de vaccins pour d'autres pays qui en ont besoin[1] »

En fin de compte, les vaccins sont des ressources clés qui cristallisent des enjeux politiques et économiques forts. La suprématie des industriels pharmaceutiques pendant plusieurs décennies n'est pas à écarter pour comprendre les ressorts du problème de santé publique posé par les épidémies de méningite. Le conflit qui oppose l'administration sanitaire nigérienne et l'ONG est en réalité la montagne qui cache la forêt.

En faisant une marche arrière vers la réunion 12 du mois de mars, l'un des moments les plus tendus de la saison épidémique où plusieurs problèmes se posent en même temps, il est possible de livrer d'autres échanges surréalistes révélateurs de l'économie de la pénurie :

---

1 Un pharmacien en retraite de MSF au Département médical, Paris le 12 janvier 2012. Cf. également l'article de Jaques Pinel qui révèle que l'Afrique sub saharienne comptait en 2005 pour 1.5% dans le commerce pharmaceutique mondial, PINEL J.F, 2005, Génériques, contrefaçon, qualité, quels médicaments pour les pays en voie de développement ? Les tribunes de la santé, 1, pages 49-55, [en ligne] : URL : www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-1-page-49.htm. Consulté le 28 août 2012

« **Le responsable de l'immunisation de l'UNICEF** : Le suivi commence par la réponse de l'ICG il faut qu'on nous dise combien de doses on attend et quand on les reçoit, on annonce 1 millions de doses alors que 100 000 sont disponibles. Il faut que notre rapport intègre la distribution. On est en train de courir derrière l'épidémie ! On dirait qu'on n'envoie pas les vaccins là où les gens ont en besoin. Tel district sort de l'épidémie et rentre dedans ensuite, ça ne va pas !

Aujourd'hui on n'a pas les 4 millions de doses qu'il nous faut. Pour Niamey, il faut vacciner.

Réaction des membres du CNGE: avec quoi[1] ? »

Le temps épidémique est un moment d'inépuisables tensions et conflits au niveau des institutions et des personnes chargées de la réponse. La question de la pénurie est bien entendue à relier avec les contraintes budgétaires du pays et à son instabilité économique ce qui conduit d'ailleurs à affirmer qu'au Niger le système fonctionne puisque le CNGE n'est que le reflet de la situation habituelle et régulière de l'économie d'un pays dont on rappelle trop souvent qu'il a l'un des pires indicateurs de développement du monde. De ce fait ici comme dans d'autres secteurs les partenaires techniques et financiers (PFA) ont pour dessein de faire office de régulateurs même si de façon pragmatique, ils échouent dans leurs interventions du fait même de leurs propres mécanismes institutionnels notamment « la diversité des procédures de bailleurs qui alourdissent les décaissements de l'aide[2] ».

5.7 L'ennemi extérieur ou la théorie frontalière de la transmission

Considérer le pays limitrophe comme l'ennemi extérieur, l'incarnation géographique de la menace épidémique est pour tout dire devenu une nécessité biographique dans l'historique des grandes épidémies. Qui s'en soucie ou s'en inquiète ? La pratique serait même devenue au fil de mes observations un moment « normal» du discours sur la naissance et l'extension du danger. Le Niger ne fait pas exception à ce qui est devenu un mélodrame historique. A l'époque coloniale déjà, le Nigeria était perçu comme la source des maux pathologiques du Niger par les autorités coloniales françaises. Si en parcourant les pays de la « ceinture »

1 Réunion du CNGE, Niamey le 26 mars 2009

2 TIDJANI ALOU, 2011, op.cit

Lapeyssonnie confronté à ces accusations mutuelles déclare :

> « Le privilège d'un expert international étant de pouvoir lire les rapports écrits simultanément par les deux parties et d'affronter les arguments, il aboutit inévitablement à la conclusion qu'il lui est impossible de savoir qui le premier a appuyé sur la gâchette[1].»

Au même moment un peu haut dans son rapport il avançait pourtant stoïquement :

> « Par sa position géographique et à cause de l'intense activité de ses échanges commerciaux avec ses voisins immédiats, ce pays (le Nigeria) peut, lorsqu'il est sous l'effet d'une poussée épidémique de MCS, constituer une menace pour le Niger[2]… »

Il est impossible de répertorier toutes les phrases successives lancées au plus fort des moments d'énervement poussé par les autorités de santé publique pour endiguer l'épidémie de 2009 et qui ont la même structure cognitive et le même souci d'imputer la transmission de la maladie à l'Etat voisin, en l'occurrence le Nigeria. Les rapports entre les deux pays sont "équivoques[3]" et ont des racines historiques et culturelles profondes. Faisons quelques détours sans craindre l'anachronisme et prenons une affaire qui m'a été relatée à quelques reprises alors que mon terrain prenait fin et qui souligne l'ambiguïté des liens entre les deux pays pour plusieurs observateurs. C'est l'affaire des faux vaccins livrés par le Nigeria au Niger durant l'épidémie de 1995 que nous n'allons pas retracer en détail mais qui fait sens au niveau de l'économie politique de la méningite et des relations stratégiques entre les deux pays. En mars 1995, 68 000 doses de vaccins sont offerts par le Nigeria suivi 4 jours plus tard de 20 000 doses de Sokoto au profit de la région de Tahoua. Le stock est contenu dans des chambres froides à Tahoua. Quelques jours après, une équipe de MSF Belgique qui vaccine dans la région de Tahoua demande un renfort de vaccins que la DRSP lui accorde. Après quelques jours de campagne, des cas continuent à être signalés dans les zones vaccinées,

---

[1] LAPEYSSONNIE, 1963, page 42

[2] LAPEYSSONNIE, ibid., Page 27

l'équipe a remarqué l'aspect inhabituel des doses dont après reconstitution difficile présente des filaments noirs dans la solution. Elle décide alors selon la version de MSF de mettre de côté les vaccins et de poursuivre la campagne avec d'autres lots de vaccins[1]. Au mois de mai l'équipe fait part de ses doutes à Bruxelles qui transmet à Pasteur Mérieux dont le label figure sur certaines doses des chiffres correspondant aux dates de péremption et au numéro de lot portant le code D1390. Le laboratoire relève que les chiffres ne pouvaient pas correspondre à leur fabrication et que le D1390 fait référence à un lot vendu à l'UNICEF Nigeria au printemps 1991. Un personnage politique de Tahoua où ont été utilisés les doses de vaccins, ancien infirmier et faisant parti d'une équipe de vaccination à la même époque se souvient :

> « Avec les MSF je suis venu on a fait Tamaské, Ibohamane, Gadamata, partout où les gens étaient avec le même vaccin, à l'époque les belges ont pris les vaccins pour ramener là bas en Europe pour voir que c'est des lots ce n'était pas du vaccin, ce n'était rien. c'était pas nous qui nous sommes aperçus, on était parti faire des campagnes vaccinales, c'était des chaines humaines, on vaccinait des gens jusqu'à 18 heures on retourne le lendemain et donc les gens étaien vaccinés et y avait encore des cas de méningite, on s'est dit mais comment ça on a vacciné et des gens continuent à faire des cas de méningite, les gens se sont posés mille questions, ils ont pris des flacons contenant des vaccins et ils les ont ramené en europe, bien avant ça ils les ont ramené à Niamey et le laboratoire a vu la même chose, ils se sont dit que ce n'était pas le vaccin[2].»

A son retour effectivement, l'équipe transmet des échantillons à Pasteur Mérieux qui confirme que les vaccins sont faux et ne recèlent pas de principe actif. D'autres vaccins portent le label de SmithKline Beecham. MSF avertit l'Etat nigérien qui parvient à confirmer que plusieurs de ces vaccins ont été utilisés durant la campagne. 60 000 personnes ont été vaccinées avec de fausses doses dont 3000 par les équipes de MSF de Tahoua à Madaoua. Le document interne de MSF fait état de 28 000 lots ont pu être retrouvés et détruits en collaboration avec le ministère de la santé, ce que confirme cette source :

---

1 Rapport interne de MSF, Jacques Pinel, Francis Varaine, Ginette Marchant, 25 novembre 1997

2 Un infirmier, ancien maire de Keita, Keita le 24 mars 2011

« La réaction c'est qu'ils (les nigériens) ont identifié et détruit les vaccins[1] »

Les laboratoires Pasteur Mérieux vont alors porter plainte contre X et ça sera au juge Philippe Courroye de saisir le tribunal de Lyon où se trouve le siège des laboratoires. SmithKline Beecham qui confirme que les vaccins portant son étiquette sont également des faux choisit de ne pas se porter plaignant. L'affaire éclate dans les médias[2] lorsque, la presse française choisit de traiter de la contrefaçon des médicaments dans le tiers monde. Le Monde[3] en fait sa une et les Echos consacrent une colonne exclusive à l'affaire des vaccins au Niger. Si plusieurs informations erronées sont données par la presse notamment sur le nombre de morts (3000) qu'aurait entraîné l'usage de fausses doses[4], au Niger, l'affaire est embarrassante et prend une tournure internationale car Interpol est saisi.

> « Ce qui s'est passé c'est qu'on était sur mais apparemment ce n'est pas officiel c'est que les lots incriminés, vous voyez y a eu une épidémie et puis à ce moment là le Niger fait appel aux dons, y a l'OMS qui donne, l'OMS va donner et dans ces dons y a eu un don de l'Etat de Kano à côté, et donc c'est ce don là, ces vaccins là qui étaient des faux vaccins donc en fait Pasteur-Mérieux qui fabriquait des vaccins a déposé plainte pour contrefaçon, y a eu une enquête policière menée par Interpol puisque c'était International. Il y a eu quelqu'un qui est venu là pour discuter, c'était un ou deux ans après et quelqu'un d'Interpol est allé au Niger pour aider les nigériens à faire l'enquête[5]. »

Si les lots de Kano ne sont pas confirmés, ceux de Sokoto sont bien réels comme l'affirme le ministre de la santé de 1995 qui n'est plus en place au moment où l'affaire éclate et qui est réticent à l'évoquer d'autant plus qu'il occupe une fonction ministérielle lorsque nous

---

[1] Un ancien pharmacien de MSF, op.cit

2 Vaccins: Mérieux et Smithkline victimes d'une contrefaçon mortelle en Afrique, les Échos n°17207, 1996, [en ligne] : http://archives.lesechos.fr/archives/1996/lesechos/17207-20-ech.htm consulte le 29 août 2012

3Philippe Broussard, Faux médicaments enquête sur un trafic criminel, Le Monde 26 octobre 1996 et un second article Les pays du tiers monde sont les victimes d'un trafic criminel de faux médicaments, Le Monde, 26 octobre 1996

4 Ce serait établir que plus de 80% des décès lors de cette saison épidémique serait du à ces lots alors qu'aucune enquête n'a été faite sur les relations entre la mortalité des individus et les vaccins incriminés. Il n'y a d'ailleurs pas de traçabilité dans les campagnes de vaccination.

5 Un pharmacien en retraite de MSF au Département médical, Paris le 12 janvier 2012.

l'interrogeons :

> « Les lots de vaccins venaient du gouvernorat de Sokoto et en remontant la filière, c'est de l'eau offerte par le nord Nigeria… Je n'ai pas été saisi et puis quand c'est sorti de la presse, j'étais déjà parti je n'étais plus au ministère de la santé voilà pourquoi certainement que et puis après aucun gouvernement n'a véritablement posé cette question. Moi j'étais à l'assemblée et personne ne l'a évoqué[1]. »

Notons que le Niger et le Nigeria —fait central non souligné par les médias— sont alors sous dictature militaire, le premier est dirigé par Ibrahim Baré Maïnassara à la faveur d'un coup d'état en janvier 1996 et le second est sous la coupe de Sani Abacha qui mène une répression sanglante dans son pays. C'est le ballet à nouveau au ministère de la santé, deux ministres se succèdent en deux ans. L'enquête piétine et les gouvernements concernés gardent le silence. A la fin de l'année 1996, on peut lire dans Le Monde :

> « L'enquête confiée au juge d'instruction Philippe Courroye se révèle délicate. Le volet africain pose problème : les commissions rogatoires adressées au Niger et au Nigéria, le 08 août 1995, en vue d'une collaboration resteront sans réponse. A l'évidence, l'enquête est vouée à l'enlisement car le Niger entend éviter toute brouille avec son voisin[2] »

La même personnalité politique de Tahoua confirme cette hypothèse :

> « Pour ne pas exposer les relations entre le Niger et le Nigeria, ils n'ont pas avertis les gens mais au niveau national, ils le savaient. Il n'y a rien eu, l'affaire est resté là, c'est du linge sale ça se lave en famille, en Europe ils le savaient[3]. »

Au sommet de l'Etat nigérien, l'affaire des faux vaccins traitée par les médias françaises et dévoilées une fois que MSF soit partie n'a pas manqué d'irriter ce qui lui vaut d'être

---

1 Le Ministre de la santé de l'époque, Niamey le 22 août 2011

2 Philippe Broussard, Du Nigeria au Niger, d'étranges vaccins contre la méningite, Le Monde du 26 octobre 1996

3 Un Infirmier, Ancien maire de Keita, 24 mars 2011

catégorisé comme une affaire non nigérienne :

> « C'est une affaire franco française et puis il y a eu les gens qu'ils ont daigné informer et d'autres pas[1]. »

Ce témoignage à prendre avec prudence souligne la mise à distance par les autorités nigériennes de la question des vaccins livrés par le Nigeria, bien sur d'autres ressorts cachés mériteraient d'être exposés. Mais on pourrait essayer de donner sens à ce qui au final laisse ouverte plusieurs questions, malgré sa gravité d'abord par le rôle de cadet souvent joué par le Niger dépendant des importations nigériennes et de son aide financière comme l'analyse cet informateur à MSF :

> « Après on passe dans la politique, les rapports d'un petit pays, par rapport à un grand pays, si le Niger avait demandé à poursuivre l' enquête…Il y avait corruption évidemment, ce qui s'est passé on en sait rien parce que l'enquête n'a pas continué au Nigeria alors peut être y a un moment, y a eu des faux vaccins qui ont été introduits au Nigeria dans ce don à quel moment ça a été introduit on ne sait pas où a été la corruption qui a fait que les vrais vaccins ont été remplacés par des faux vaccins par qui? A quel moment? Est-ce que c'est au niveau des autorités, du commerce? Des représentants de Pasteur au Nigeria, l'enquête n'est pas allée plus loin[2].»

Le Niger a souvent joué « un rôle de neutralité politique sur la scène internationale » surtout en ce qui concerne les affaires nigérianes de Diori Hamani à Baré Maïnassara comme le souligne Emmanuel Grégoire[3]. Le Nigeria exerce une influence politique considérable sur le Niger même dans sa politique économique et il a conscience de la puissance de son voisin. La frontière politique établit par les colonisateurs n'ont pas annihilé les échanges notamment commerciaux (malgré certains soubresauts dans les années 80) et encore moins la complicité qui existe entre les populations. Les liens sociaux et cultuels constituent d'ailleurs selon

---

[1] Le ministre de la santé en 1995, idem

[2] Chef de mission, MSF Belgique, idem

[3] GREGOIRE E, op.cit

Grégoire la base des relations commerciales. Si au Niger on dit de Maradi qu'il est uniquement un quartier de Kano, les villes de Zinder, Maradi, Birni au Niger et Kano, Sokoto et Katsina sont d'important pôles d'échanges et de relais depuis des décennies, difficile alors de revenir sur des acquis aussi puissants et des liens si étroits que confirment la directrice de la DSSRE :

> « Je peux dire c'est qu'il y a beaucoup d'échanges entre le Niger et le Nigeria, que ça soit des échanges culturels, des échanges religieux, des échanges commerciaux forcément d'un côté ou d'un autre il y a des influences, que ça soit positif ou négatif y a des influences. Quand vous regardez au niveau frontalier nous sommes franchement impliqués[1]. »

De ce fait l'affaire des faux vaccins est presque méconnu des populations et certains épidémiologistes de la nouvelle génération n'en n'ont eu que des bribes, par contre cette épisode semble être l'un des rares cas où le Nigéria n'est pas incriminé lorsqu'il s'agit des épidémies de méningite qui sévissent au Niger.

La coopération sanitaire entre les deux pays est certainement le seul secteur où il existe une quasi-totale manque de coopération comme le confirme la directrice de la DSSRE :

> « Ce qui est sur c'est qu'il faut repenser cette coopération bilatérale pour mieux asseoir une certaine coopération en matière de santé… il faut vraiment des actions plus vigoureuses pour essayer de revitaliser ce partenariat. Je peux dire qu'il est même léthargique en ce moment[2]. »

La situation peut même devenir cocasse comme ce qui est relaté ici par un représentant de l'OMS au cours d'une réunion du CNGE :

> « Conformément à la déclaration de Ouaga, il faut de la concertation entre les pays dans une situation comme ça avec l'organisation d'une réunion transfrontalière. Avec le Nigeria, ce n'est pas facile, l'initiative avait été prise une fois et ce n'est que bien plus tard que les deux ministres

---

[1] La Directrice de la DSSRE, op. cit.

2 Idem

de la santé du Niger et du Nigeria se sont rencontrés à Genève parce qu'ils ne pouvaient pas faire autrement[1]. »

Le manque de communication entre les deux pays concernant la gestion des épidémies de méningite conduit de ce fait à alimenter les suspicions au Niger. Déjà, l'épidémie de 1996 qui a été la pire connue par le Nigeria en faisant intervenir des équipes nigériennes a révélé la faiblesse de la santé publique au Nigeria[2] confirmée parfois par de grands scandales de corruption[3]. Malgré les demandes réitérées de coopération entre les deux pays lors des rencontres sous régionales sur les épidémies de méningite[4], c'est à l'OMS que revient le rôle d'informateur au niveau du CNGE et de révéler ce qui se passe au Nigeria pour que le Niger puisse prendre ses dispositions.

Parfois ce sont les médias qui prennent le relais des rumeurs et de la désinformation, le 10 mars 2009, la télé Sahel télévision d'Etat choisit de déplacer les caméras à Tessaoua où la campagne de vaccination va commencer, les autorités politiques en profitent pour annoncer 400 000 doses de vaccins non confirmés par la suite lorsque je demande des renseignements autour de mes contacts. Le journaliste en voix off annonce dans la foulée que 73 souches de méningocoques (ce qui est scientifiquement improbable) y ont été relevées et proviendraient tous du Nigéria[5] !

Les districts qui s'enflamment le plus lors des épidémies sont définis souvent comme étant « des régions transfrontalières au Nigéria » en l'occurrence : Zinder et Maradi. L'échec à enrayer la méningite dans ses districts est d'ailleurs souvent attribué au groupe de nigérians quittant leur pays pour se faire vacciner au Niger ou encore le manque de contrôle de la méningite dans les localités nord du Nigéria où les campagnes vaccinales sont souvent

---

1Un représentant de l'OMS, Niamey, Réunion du CNGE 26 mars 2009

2 Témoignage d'un biologiste de l'IRSMI qui s'est rendu aux villes frontalières pendant les vaccinations en 1996

3 Cf. l'affaire du Trovan, une étude clinique menée par Pfizer sans autorisation à la même époque et dont les auditions ont révélé d'importantes sommes octroyées aux autorités des ministères qui ont fermé les yeux sur l'expérimentation pendant une épidémie de méningite : Federal Ministry of Health, Report of the investigation Committee on the clinical trial of Trovafloxacin by Pfizer Kano, 1996

4

5 Notes carnet de terrain

payantes et le diagnostic doit être établi par le médecin et non par les infirmiers comme c'est le cas au Niger. En mars 2009, le représentant de l'OMS au CNGE fait cette remarque :

> « Les régions transfrontalières Au niveau du Nigeria sont toujours en épidémie comme Zinder Pour une épidémie qui dure plus de 5 semaines dans un district cela veut dire que la couverture n'a pas été atteinte, on doit souhaiter 80% de couverture pour que ce calme l'épidémie. »

Ce à quoi un épidémiologiste de la DSSRE rétorque :

> « Les cas dans les districts frontaliers : Madarounfa, plus de la moitié des cas viennent du Nigeria On vaccine nos populations mais des gens viennent du Nigeria, pour la mise à disposition des vaccins cela peut ne pas suffire puisque les vaccins envoyés sont comptabilisés selon le nombre de gens présents dans le groupe cible[1]. »

Cette réponse signifie que le Nigéria est encore le réservoir des bactéries et que l'échec de santé publique dans les zones frontalières dans le temps épidémique peut lui être imputé[2]. Il permet de déresponsabiliser les autorités de santé publique sur les faibles taux de vaccination et qui savent qu'ils ont des comptes à rendre. Deux semaines plus tard, le 09 avril 2009, la présidente de séance, directrice de la DSSRE entame les discussions de la réunion du CNGE dans ces termes :

> « La méningite constitue une préoccupation nationale. Malgré le fléchissement de la courbe certains districts viennent d'entrer en épidémie et je pense qu'il est temps de vacciner. Avec la proximité du Nigeria il y a lieu de s'inquiéter notamment pour N'Birni Konni[3]. »

---

1 Un épidémiologiste de la DSSRE, Rapporteur de la Réunion du CNGE 26 mars 2009

2A l'inverse, il est fréquent dans les campagnes vaccinales d'imputer également les taux de couverture vaccinale intrigants de 110% souvent avancé dans les statistiques comme s'expliquant par la présence d'étrangers dans la zone C'est le cas à Keita où nous avons enquêté, ces chiffres sont souvent pris avec circonspection. Selon des infirmiers, il s'agit d'un gonflement de chiffres par les médecins de district qui espèrent empocher ainsi les primes de campagne vaccinale octroyées durant les PEV.

3 La directrice de la DSSRE, Niamey, Réunion du 09 avril 2009

Le Nigéria représente le territoire social et géopolitique de la menace et les propos tenus par les autorités de santé nigérienne participent de la manière dont le problème de santé publique a été formulé dans la période historique, d'ailleurs Lapeyssonnie ne rappelait il pas que « la méningite était la maladie des frontières[1] ? » L'OMS prend elle même part à la représentation sociale de l'ennemi extérieur. Dans la même réunion, les informations épidémiologiques données confirment cette focalisation et assimilation du Nigéria comme un danger permanent :

> « Le Bornou (au Nigeria) enregistre de nombreux cas. L'évolution de l'épidémie concerne la partie centre ouest jusqu'au nord donc proche de notre frontière. On n'a pas idée du stock de vaccins. Généralement le Nigeria communique très peu avec les voisins, on ignore le stock disponible en médicaments et vaccins. C'est une vraie poudrière[2]. »

La représentation sociale de la transmission via la proximité frontalière donne à penser les enjeux épidémiologiques et politiques que représentent les informations détenues par l'OMS. Pourtant le travail de renseignements est rendu complexe par la situation politique dans le pays voisin comme on le souligne à Genève :

> « Au Nigeria c'est difficile aussi et la surveillance épidémiologique : compter et rapporter le nombre de cas par semaine ça va, ça va, parfois y a des retards, ça peut être incomplet au Nigeria maintenant avec toute l'insécurité ambiante, y a pratiquement pas de données […] la surveillance microbiologique c'est un peu plus compliqué, c'est compliqué, tout est compliqué : de faire le prélèvement parce qu'il faut qu'il y ait le matériel nécessaire pour faire le prélèvement au bon endroit, ensuite il faut conserver le prélèvement et puis il faut l'acheminer dans le bon milieu de transport pour le bon laboratoire. Y a plusieurs maillons du problème et dans chaque maillon y a pleins de problèmes qui surgissent. Le milieu de transport est périmé, on met dans le friguo (sic) alors qu'on aurait pas dû, enfin[3]… »

---

1 LAPEYSSONNIE, 1963, page 106

2 Le représentant de l'OMS chargé des maladies transmissibles, Niamey Réunion du 09 avril 2009

3 Un épidémiologiste de l'OMS, Genève le 23 février 2012

Les autorités nigériennes sont ainsi obligées de composer parfois avec un écran noir ce qui encourage la suspicion mais également donne lieu à des déclarations paradoxales au niveau du CNGE, quand les premiers cas à Zinder ou Maradi sont attribués à des personnes venant du Nigeria ou ayant un lien avec le pays alors que ces déclarations ne sont pas investiguées et que l'on sait que les centres épidémiologistes se contentent d'enregistrer les cas notifiés par les infirmiers et non d'enquêter sur la trajectoire des personnes qui font leur irruption au centre de santé.

L'ethnographie institutionnelle en temps d'épidémie offre une scène de confrontations et de conflits de pouvoir entre les acteurs de santé soumis à l'épreuve de trouver des solutions de santé publique. L'analyse a permis de montrer que malgré le fait que le CNGE ait été constitué pour conjurer la crise de 1995, le bricolage demeure encore une base de la politique de santé. Rien de méthodique, de complet, aucune affaire suivie à la lettre. C'est cet espace de « l'indiscipline » et du « désordre » et ses nombreux ressorts qui m'a paru intéressant à exposer.

La permanence de ce bricolage malgré les deux principes qui sous tendent le contrôle de l'épidémie à savoir la surveillance et la préparation, peut être liée à plusieurs facteurs.
En premier, la non formalisation de l'attribution des rôles entre institutions et membres du CNGE rend difficile la délivrance des biens publics en temps d'épidémie. En second on note la difficulté de communication entre plusieurs niveaux administratifs, la circulation de l'information à plusieurs échelles. Le troisième point concerne la dépendance à l'aide internationale[1], les modalités de cette aide et les tensions qui existent entre les récipiendaires et les donneurs. Le quatrième aspect évoqué dans les marges de l'analyse concerne les exigences de l'ICG et donc l'institutionnalisation de l'accès aux ressources qui nécessite un travail de la preuve perçu comme préjudiciable pour la réponse à temps de l'épidémie. Enfin l'économie de la pénurie transcende de manière importante le contrôle de l'épidémie dans l'espace social.

[1] L'aide publique au développement représentait 51% du budget du MSP en 2007. BAUMY J-O, 2011

C'est un autre lieu confronté à l'épidémie de méningite de 2009 que nous allons maintenant ethnographier afin de comprendre comment au cœur d'un district sanitaire, le contrôle de la méningite est vécue, perçue et transforme les relations sociales mais également quels types de représentations sociales de la maladie, la méningite donne lieu.

PARTIE III : PRATIQUES ET CONCEPTIONS AUTOUR DE LA MENINGITE EPIDEMIQUE DANS L'ADER

C'est en observant le déroulement d'une épidémie de méningite, les conceptions[1] et les pratiques autour que nous pouvons mesurer l'ampleur des implicites du problème de santé publique. Ce chapitre est consacré aux articulations entre représentations de la maladie et discours de santé publique sur la méningite. L'objectif est de décentrer l'objet d'étude en interrogeant comment la gouvernance des épidémies de méningite se donne à voir concrètement sur le terrain, et de quelle manière les représentations du sens commun — entendu dans l'acception geertzienne d'un « ensemble organisé de pensée réfléchie », comme « interprétation des caractères immédiats de l''expérience[2] »— participent de la construction d'un problème de santé publique. Je reprends pour des considérations pratiques la définition de représentations par Jean Pierre Olivier de Sardan qui entend par ce terme « les représentations largement partagées par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites, au sein de la grande majorité de la population, telles que l'on peut facilement les identifier ou les solliciter dans les discours de tout un chacun[3] ». Le concept de représentation sociale désigne donc un ensemble de conceptions d'un groupe partageant une certaine vision du monde sur une réalité donnée. Dans une première partie, je propose une analyse du centre de santé de Keita et de ses interactions avec une des principales ONG de la région au moment de l'épidémie de méningite de 2009. Les réflexions de l'anthropologie du développement sur l'interaction entre institutions de l'aide et récipiendaires seront largement mises à contribution. Dans le dernier chapitre, il s'agira tout en décrivant des cas d'itinéraire de 5 malades au cours d'un entretien, d'analyser les conceptions de la méningite en milieu Haoussa.

---

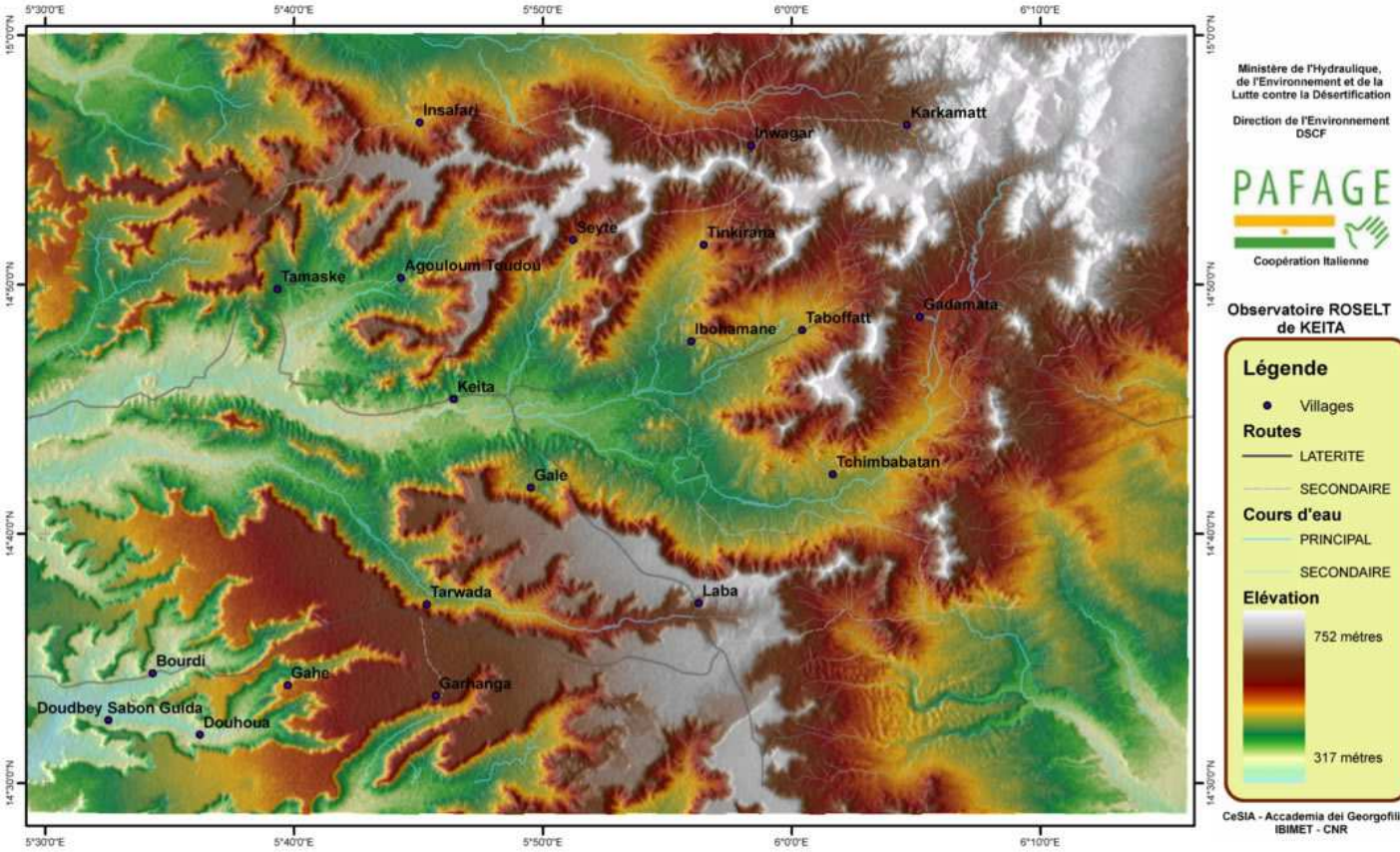
1 Les termes de conception et représentation sont utilisés indifféremment, pour éviter la répétition.

[2] GEERTZ C, 2012, 108-109

3JAFFRE Y et OLIVIER DE SARDAN J-P, 1999, page 20

5.8 Rappel méthodologique :

Les observations ont concerné la zone urbaine de Keita plus particulièrement le CSI de mais aussi les zones rurales plus exactement douze villages situés sur un périmètre de 15 km. Ces villages ont en commun d'avoir fait parti en 2009 des zones où les populations doivent être vaccinées contre la méningite et concernent : Keita, Guidan Roumdji, Guidan Fako, Kirari, Kongo, Morey, Oussoula, Gale, Badam, Itagan et Tarwada. L'observation sur un espace aussi large s'est faite de manière opportuniste étant donné que je suis arrivée à la veille de la campagne de vaccination contre la méningite. J'ai par contre restreint mon champ d'enquête au CSI et au village de Guidan Fako situé à 3 km. Une seule étude de cas a concerné Galé situé à 15 km du fait d'une circonstance exceptionnelle que j'évoquerai plus loin.



Carte 3 : Keita et villages alentours, case.ibimet.cnr.it/keita

Je me suis limitée au centre ville afin d'accomplir une ethnographie dense et étant donné que le consentement du médecin se limitait également sur Keita ville conformément à ma demande. Cependant il a été difficile de suivre uniquement des personnes issues de la zone urbaine de Keita, la majorité des malades rencontrés se situent majoritairement en zone rurale[1]. Les malades ou proches de malades ont été sollicités uniquement après un long travail d'explication de notre démarche (mon interprète et moi) et de demande d'autorisation d'enregistrement. La difficulté s'est matérialisée dans la confusion entre chercheur travaillant sur la méningite et médecin et rehaussé par ma proximité avec le CSI. Ce biais inévitable induit par l'enclicage a été réduit par les précisions apportées au travail et à la finalité des données produites. J'ai été emmené à simplifier ma démarche en expliquant que j'étais en quête de compréhension et de savoir sur la méningite et l'organisation des soins en milieu Haoussa.

Chapitre 6. Une analyse situationnelle de Keita

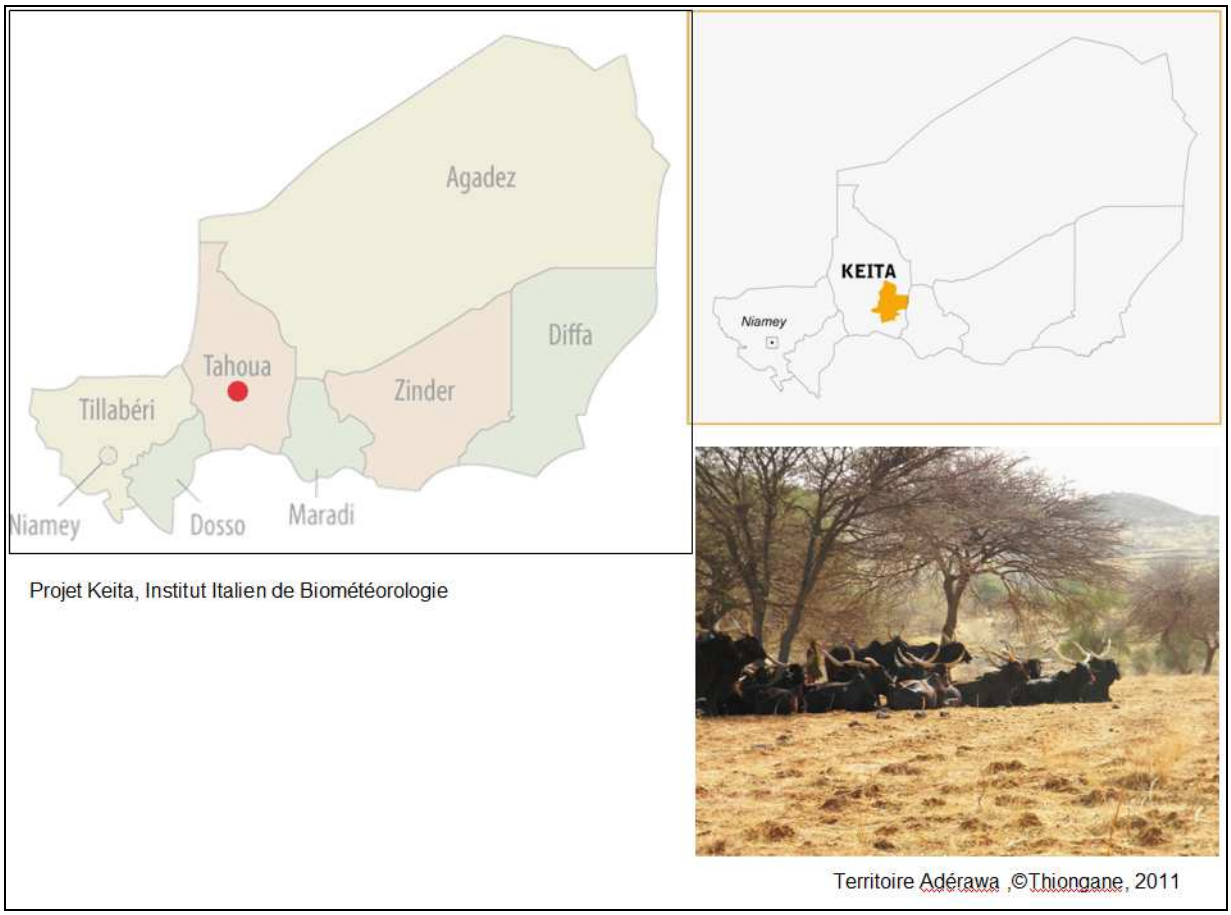
Le département de Keita appartient à un vaste ensemble géographique dénommé Ader, qui dépendait autrefois du sultanat d'Agadez (dans la région de l'Aïr). La région de l'Ader est une dénomination administrative et un espace géographique dont les limites actuelles ont été posées par l'Etat colonial. Elle comprend l'ensemble de la région de Tahoua dont l'Azawak est la limite nord, Konni la limite sud, et le Gobir (région de Maradi) la limite sud-est. L'Ader était constitué autrefois pendant la période coloniale de quatre des sept départements que compte Tahoua aujourd'hui: Illela, Bouza, Keita et Madaoua et quelques cantons du village de Dogarawa à la limite vers Tessaoua[2].

Le département de Keita inscrit dans un décor vallonné est situé au nord-est de la capitale Niamey, à 772 km avec les cinquante derniers kilomètres accessibles à partir d'une piste pierreuse, dont une partie bordée de coupe gorge. C'est une zone fortement enclavée

1 Cette disparité épidémiologique n'est pas questionnée par les acteurs de santé publique.

2 HAMANI D, 2006

sillonnée de collines et de dunes, le paysage était autrefois lunaire parsemé de cailloux. L'érosion du sol, les écoulements des cours d'eau sur les terres, les sécheresses successives, ont complètement détruit ou réduit les surfaces cultivables et fait disparaître la faune sauvage. Cette configuration désertique de la zone a conduit différents experts des Nations Unies à initier l'un des plus grands projets de sauvegarde des « écosystèmes déstabilisés » du Sahel au début des années 80. Le projet intégré Keita (PIK) a ainsi permis le reboisement de plus de 60% de la surface arborée de la région, le long des routes et à l'intérieur des terres.



Projet Keita, Institut Italien de Biométéorologie

Territoire Adérawa ,©Thiongane, 2011

Les populations Haoussas et Touareg sont majoritaires dans la région de l'Ader, avec une prédominance des premiers. Dans le district de Keita où l'enquête a été menée c'est le groupe des lisawanes (métissage touareg et Haoussa avec Haoussa comme première ou unique

langue) qui domine politiquement depuis plus d'un siècle. Selon le chef de canton actuel, 115 ème de son rang, le premier chef de secteur venait du nord de l'Ader et fut désigné en 1901 par l'administrateur colonial. Avec l'établissement du canton de Keita, la chefferie des lisawanes s'est perpétuée. L'invention coloniale des chefferies traditionnelles est un fait récusé le plus souvent par des descendants des chefferies en question qui gardent le monopole de l'histoire orale de leur circonscription. Cependant en ce qui concerne Keita, cette fabrication de la chefferie traditionnelle est un fait admis et révélé sans réticence par l'actuel *Sarkï* (chef de canton désignant aussi le sultan) de Keita. Cependant cet aveu est également à prendre avec prudence étant donné que certaines chefferies ont intériorisé et instrumentalisent la non authenticité de leur pouvoir afin d'assainir la relation avec les habitants en reprenant à leur compte la critique historiographique de la fabrication coloniale des chefferies.

Du côté Haoussa, selon les ethnologues spécialistes de cette zone[1], la montée de marabouts, riches commerçants et chefs locaux traditionnels liés également à l'administration, ont modifié la structure sociale et contribué à d'importantes transformations au sein de la société Haoussa. L'islam est un ciment social et les rites musulmans sont largement dominants et incorporés dans la cosmogonie, il détermine les contrats matrimoniaux et les relations sociales et a une grande influence sur les conceptions sociales de la maladie.

En plus des Haoussas et des Touareg vivent des pasteurs peuls et des Zarma venus de l'ouest et occupant le plus souvent des postes administratifs. Pendant longtemps, les rivalités qui éclatèrent en conflits émaillèrent cette zone. Les ethnologues rapportent que l'Ader fut longtemps une zone de contacts violents entre pasteurs et sédentaires, aggravés par des famines récurrentes. Ces types de conflits sont d'ailleurs ravivés avec la rareté des pâturages qui conduit les éleveurs du nord à descendre vers le sud pour alimenter leurs troupeaux. Autrefois, chaque quartier de Keita réunissait les ressortissants d'une ethnie spécifique en fonction du choix de résidence des premiers migrants (Idewaran pour les bouzou qui sont des touareg noirs). Aujourd'hui plusieurs groupes vivent ensemble dans un même quartier. Il

1 BONTE & ECHARD, 1976: 243

existe un riche brassage entre langues, croyances et modes de vie. La société adérawa de Keita est par ailleurs fortement hiérarchisée, il existe une distinction de classes née au temps de l'esclavage aboli en principe par la constitution nigérienne de 1960[1]. Cette distinction si elle s'atténue n'a pas fait disparaître la hiérarchisation avec au sommet de la hiérarchie sociale, les lisawanes et au plus bas de l'échelle des esclaves (*bayou* et au sing. *bawa*) dont la plupart sont devenus des affranchis (*mulela* qui signifie nous sommes libres). Les trois quartiers que comptent Keita ont gardé le nom de leurs premiers occupants qui se sont regroupés selon leur rang. On sillonne ainsi le quartier lisawane au sud, Iderawan au nord (occupés à l'origine par les touareg noirs) et *mulila* (quartier des affranchis) au centre et au sud. L'ouest de la ville concentre les lieux du pouvoir administratif contemporain représenté par la mairie, la police, la préfecture et le Centre de Santé Intégré (CSI) dans lesquels travaillent la plupart des cadres professionnels venant des autres parties du pays. Les habitations des Haoussas sont regroupées et forment une succession de maisons en banco faites d'argile et de bouse de vache dont certaines gardent encore l'architecture soudano sahélienne, autrefois l'apanage des chefs musulmans et des commerçants. Cette forme d'habitation en banco s'est démocratisée dans l'espace, y vit la famille élargie ce qui donne une occupation de l'espace souvent très dense mais qui dépend des périodes de l'année, étant donné que les hommes partent pendant la période de soudure dans d'autres villes pour y chercher du travail. La cour est l'espace centrale où se réunissent les membres et autour de laquelle s'organisent les activités domestiques. Des paillotes peuvent y être aménagées servant d'abri pour les membres de la famille ou le bétail. Certains chefs de famille sont polygames mais ce système est de plus en plus signe extérieur de richesse. Les femmes ont plusieurs enfants (une moyenne de sept enfants) ce qui est valorisé socialement.

En majorité la population, consacre une part de leurs activités à l'agriculture sous pluie. Les cultures hors saison, pratiquées à l'aide de l'arrosage ont été encouragées depuis plusieurs années et prennent une part importante de l'activité agricole à Keita. Elle permet des récoltes

1L'esclavage est fortement enraciné dans le pays. Il existe aujourd'hui des pratiques esclavagistes contemporaines. Se rapporter aux travaux de BENEDETTA ROSSI : *Slavery and Migration: Social and Physical Mobility in Ader (Niger)* in BENEDETTA ROSSI (eds), 2009

de tomates, oignons, courges et pommes de terre qui seront vendus au marché hebdomadaire au centre de la ville. Il y a également d'anciens nomades sédentarisés qui se sont reconvertis dans les activités agropastorales, mais l'élevage demeure l'une des plus importantes ressources économiques.

Il existe une saison sèche s'étendant d'octobre à mai et une saison des pluies, qui dure de juin à début septembre. Les premières pluies tombent en mai puis s'arrêtent aussitôt pendant une longue période, ce qui fait assécher les premiers semis de mil. Parfois elles sont assez violentes pour remplir les korris[1], engendrer des torrents qui provoquent l'érosion du sol. La fréquence des pluies se fait selon un rythme capricieux depuis les années 80 alternant d'une longue période sèche à deux mois de pluies plus ou moins espacées, susceptibles de provoquer l'effondrement des maisons et détruire certaines cultures. Or, c'est durant ces saisons sèches qui s'allongent de plus en plus que les épidémies de méningite font leur apparition ne disparaissant qu'aux premières pluies. Le premier chapitre a souligné comment dans l'imaginaire des épidémiologistes, cette zone centrale constitue un important symbole de la territorialisation du risque infectieux. Aujourd'hui, la région de Tahoua dont fait parti Keita conserve la tendance d'affoler les épidémiologistes du pays fixant avec circonspection l'évolution de la courbe épidémique[2]. Signalons que cette zone n'a pas été foncièrement dans l'histoire passée et présente la plus exposée aux épidémies, les régions se trouvant à la frontière du Nigeria étant les plus touchées du fait notamment qu'elles sont de grands centres urbains.

Si les populations de Keita ne mesurent pas au même degré cette position charnière de Keita dans l'épidémiologie, ils ont conscience de la forte incidence de la maladie dans la région. Ils soutiennent que celles-ci participent depuis près de six décennies aux phénomènes engageant des mouvements de panique chez les populations et qui relevaient alors d'une fatalité associée à la terreur des camps d'isolement érigés par les médecins coloniaux au sommet de la

1 Ce terme désigne les cours d'eau temporaire qui se creuse lors des crues en réduisant le ravitaillement des nappes. Les habitants s'y ravitaillent en eau pour le bétail et leur propre consommation.

2 La majorité des prélèvements bactériologiques du Niger en 2009 proviennent de cette zone ce qui ne confirme cependant pas sa position première dans la distribution épidémiologique des cas.

colline située en face de l'actuel hôpital qu'on appelait alors *tudun intshiri guda* (la dune qui enlève un). Des personnes âgées racontent que si trois personnes s'y rendaient, deux seulement en revenaient d'où son nom. Cette dune était réputée être la place de mauvais génies qui enlevaient une personne lorsque les habitants avaient le malheur de se promener aux abords. Or les médecins blancs ignorant la croyance populaire attachée au lieu et ayant bravé les avertissements du *sarki* de l'époque avaient installé un abri servant de *karanti* (quarantaine) aux méningitiques. Les familles s'opposèrent à ce que leurs proches y soient confinés d'une part parce que les visites étaient interdites et qu'un seul accompagnant était autorisé, le malade devant récupérer sa nourriture que les proches lui déposaient à une distance respectueuse. D'autre part, la crainte suscitée par la méningite et visible dans le dispositif de médecine coloniale s'ajoutait à la terreur inspirée par le *tudun intshinri guda*. Enfin, la répulsion pour le système du *karanti* mettant à l'épreuve le lien social était mêlée à la peur de l'homme blanc assimilé aux génies. Dans les années 50, le *karanti* se déplace à l'ancienne place où est aujourd'hui construite le Collège d'Enseignement Général de Keita, probablement à cause de la résistance des populations à se rendre au *tudun* mais également dans le souci de socialiser les lieux de confinement des malades. Par ailleurs, du fait de l'évolution des savoirs de la biomédecine sur la maladie, il est apparu dans les années 1950 que les conditions de transmission de la maladie étaient beaucoup plus complexes.

Aujourd'hui encore au niveau national comme en milieu semi urbain, la méningite demeure une maladie effrayante pour les communautés urbaines et rurales. Les campagnes de vaccination ainsi que les mouvements de foule anxieuse témoignent de cette perception. Si la méningite entraînait une grande létalité pouvant aller jusqu'à 70%, aujourd'hui bien qu'elle tue moins grâce aux avancées médicales et à l'évolution des savoirs, la rapidité avec laquelle le pronostic vital du malade devient critique, évoluant vers un décès parfois fulgurant, entretient ce phénomène de terreur qu'elle inspire aux haoussaphones.

6.1 Un terrain « surinvesti » entre aide au développement et programmes humanitaires

Le département est caractérisé par la présence depuis quelques années d'organisations humanitaires œuvrant autour du principal problème de la région, à savoir la souveraineté

alimentaire, perdue depuis la grande sécheresse de 1973, suivi par l'effondrement de son barrage en 1976 et définitivement aggravée par la sécheresse de 1984. Ces crises successives ont provoqué la disparition de la culture du blé, l'aggravation de l'érosion du sol, la diminution d'autres cultures de subsistance et favorisé les départs des hommes valides. La configuration environnementale ajoutée à la pauvreté des populations et à la densité estimée à 46 habitants au km² —ce qui est relativement élevée au Niger au début des années 90— posait des problèmes particuliers de terre cultivable. Le déploiement des ONG spécialisées dans l'urgence, s'est intensifié pendant et après la crise alimentaire de 2005 qui a concerné la région de Tahoua. Selon l'UNICEF, le taux de malnutrition aigue des enfants était le plus élevé du pays entre septembre et octobre. Des enquêtes de l'USAID ont montré que le plus grand nombre de foyers présentant une insécurité alimentaire se trouvaient également à Tahoua[1]. Plusieurs autres indicateurs alarmants participent également d'une image de région en crise qui retient l'attention des institutions internationales. Bien que le retour des organisations humanitaires spécialisées dans la re-nutrition ait été favorisé par le problème alimentaire de 2005, une palette d'acteurs intervient depuis plus de deux décennies à Keita. Ce département est une zone d'étude à quelques degrés submergée par une présence d'acteurs de l'aide publique au développement qui ont cohabité de manière dense pendant plusieurs années. Sur une bande de deux kilomètres à travers la ville, plusieurs bâtiments aujourd'hui vides trahissent leurs anciens ou nouveaux locataires : organisations non gouvernementales ou institutions des Nations Unies. Un tel terrain sur-sollicité dans un contexte sanitaire et social difficile donne à voir un environnement de recherche complexe devant tenir compte de ces différents paramètres. Acteurs du développement, experts évaluateurs, économistes, socio anthropologues se sont bousculés durant de longues années autour du projet Intégré Keita (PIK), initiative phare servant de modèle dans la sous région qui a drainé un nombre élevé d'études évaluatives et de discours d'experts principalement sur la désertification avancée. Keita apparaît de ce fait comme un lieu d'attraction pour études pluridisciplinaires et programmes de toute sorte. Les habitants de la région sont quant à eux familiarisés avec les enquêtes (nutritionnelles, migratoires, socioéconomiques) commanditées

1USAID, 2006, Understanding nutrition data and the cause of malnutrition in Niger. A special report by the Famine Early Warning System (FEWS NET), page 5

par l'Etat, les organismes internationaux ou par des institutions de développement. Certains programmes ont été vus comme des moyens d'acquérir des ressources chez certains individus notamment le PIK. La publicité faite autour du projet constitue pourtant un sujet d'agacement pour le *sarkï* qui estime que sa ville ne se limite pas au PIK ou que si aujourd'hui les bailleurs délaissent la région, c'est que certains estiment que la ville a bénéficié d'une manne financière depuis tant d'années. Le PIK a été longtemps le premier pourvoyeur d'emplois dans le département. Il regroupait en décembre 1982 : la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), une équipe italienne et le CILSS (Comité permanent Inter-états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel). Ce dernier, né au lendemain des sécheresses de 1968-1973, a pour mandat de déployer au plan sous régional des activités visant à combattre la désertification au Sahel. Il sera appuyé par le club du Sahel, né en 1983. A l'époque, la situation de l'Ader était perçue comme alarmante. Des auteurs notent: « En 1984, ces familles étaient plongées dans une pauvreté qui n'avait d'égale que leur croyance en la fatalité[1]. » Plusieurs discours des experts de l'aide sur les populations de Keita sont proches de cette appréhension catastrophiste, les populations de Keita sont perçus comme étant pauvres, résignés, fatalistes. Par conséquent, « prise de conscience » et « responsabilisation » vont être pendant longtemps les mots d'ordre qui vont guider les actions de développement. Pour atteindre leurs objectifs, les acteurs de l'aide, vont se concentrer sur des activités de sensibilisation où il est entendu qu'il est nécessaire d' « assimiler rapidement, susciter et convaincre les paysans, aboutir à un changement des mentalités de masse[2] ». Ce changement passe par la prise de conscience des risques environnementaux et l'acceptation par les populations des conceptions objectivistes des experts sur ces risques. Le PIK a en quelque sorte inventé de nouveaux mécanismes de citoyenneté fondés sur la responsabilisation des individus à la source de la déstabilisation de leur environnement par leur mode de vie et l'utilisation irrationnelle des ressources naturelles. L'objectif central de la coopération italienne a été de « conscientiser » en quelque sorte les populations à l'écologie et à « responsabiliser » ces dernières dans la gestion de leurs ressources. L'une des problématiques centrale du projet était de parvenir à concilier certaines stratégies de survie avec la

1TIEMOGO IBRAHIM & ISSAKA, 1994, page 12
[2] ROSSI B, 2004

préservation de l'écosystème. Le programme *Food for work* qui consiste à payer la participation, des populations par des denrées alimentaires va rallier pendant plusieurs années la main d'œuvre paysanne et en majorité les femmes pauvres, aux différentes activités de récupération des terres, reboisement, construction de digues en échange des produits alimentaires distribués par le PAM (Programme Alimentaire Mondial). Si la coopération italienne est prioritairement de la coopération décentralisée en appui contre la désertification par le développement des activités agro-pastorales, certains de ses volets ont concerné le développement et la construction de plusieurs infrastructures sanitaires et éducatives dans la zone de Keita. Le PIK est le programme qui a connu le plus grand investissement de la coopération italienne dans tout le Sahel. Le consortium (FAO-coopération italienne et état nigérien) est le plus grand bailleur de la région. Sa participation se chiffre à plus de 5 milliards de francs CFA sur vingt cinq ans, mais la part de contribution non rémunérée des populations est non moins négligeable.

Au début des années 1990, le programme a connu une extension géographique et a été rebaptisé Programme de Développement Local dans l'Ader Doutchi Maggia (PDL/ADM). Le Doutchi concernant la zone des collines et le Maggia désignant le département de Bouza. Plusieurs polémiques sont nées suite à cette extension controversée par les autorités de Keita qui ont vu d'un mauvais œil, le partage de la manne financière du développement avec d'autres départements. "Le projet italien" a inventé au delà des visées développementistes un espace géographique nouveau, porté par l'appellation Ader Doutchi Maggia qui, comme le rappelle B.Rossi n'est pas un concept émique[1] et est plutôt méprisé par la chefferie locale à la lumière de quelques entretiens que j'ai menés avec eux au courant de cette recherche. Ce vaste programme ne s'est pas fait sans heurt, incompréhension et changements de stratégies qui ont abouti au final à un constat d'échec au moment des bilans d'experts. Si certains projets ne semblaient que peu correspondre aux aspirations des locaux, d'autres qui ont connu un franc succès comme les campagnes de reboisement et la récupération des terres en érosion ont stoppé net, lorsque des préoccupations de survie reprenaient le dessus et

1 ROSSI B, 2010, communication lors du colloque du LASDEL, « States at work », Niamey

encourageaient la coupe du bois[1]. La récupération des terres longtemps non mises en valeur, propriétés de migrants absents sur une très longue période et données aux femmes, a généré souvent des conflits fonciers tenus en plus de modifier les rapports de genre dans un pays où les femmes n'héritent pas habituellement de la terre. Des logiques sociales différentes entre coopérants et acteurs locaux ont sérieusement mis à mal le PIK à travers duquel, s'est incarné pendant des années, un modèle d'aide au développement dans le tiers monde.

Depuis de l'encre a coulé, des frustrations se sont faites jour, au moment où le projet s'achève et que plusieurs travailleurs sont condamnés au chômage. Un autre départ cause également le même désœuvrement suscité par la fin du PIK. Mon étude s'est déroulée alors qu'Action Contre la Faim avait suspendu ses activités dans le département de Keita par ordre de l'Etat. L'ONG comptait plus de deux cents salariés dans la région de Tahoua entre 2007 et 2008, qui travaillaient en tant qu'enquêteurs, infirmiers, chauffeurs, peseurs, employés de Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Infantile à caractère Ambulatoire Modéré ou sévère connus sous les dénominations de CRENI, CRENAM et CRENAS. La plupart des salariés locaux travaillant dans l'ONG suspendue se sont retrouvés au chômage, ceux qui bénéficiaient d'un solide réseau, ont été recyclés par l'État en tant que bénévoles ou agents rémunérés, tandis que certains se sont retrouvés au service d'une autre ONG. Mais ils demeurent une petite proportion de chanceux à réintégrer un travail rémunéré.

Les ONG ont joué un rôle fondamental dans l'accès aux ressources, dans la reconstruction écologique de la zone ainsi que dans la reconfiguration des liens sociaux. Les habitants se projettent souvent par rapport aux projets. Rappelons qu'aujourd'hui d'importantes distributions de vivres qui posent de nombreux problèmes notamment dans l'accès des ressources aux plus pauvres s'organisent dans la ville. Avec la fin de certains projets, le départ des expatriés, plusieurs adultes en chômage sont en attente d'autres projets ou d'autres dons. Quelques hommes font le gué dans les cours du bâtiment de la coopération italienne et disent espérer le retour prochain du projet. « Il nous faut un projet » disent d'autres ; « savez

1 RAYNAUT C, 1996, Sahels. Diversité et dynamiques des relations sociétés-nature, Paris, Karthala, page 45

vous quand est ce qu'ils vont revenir ? » demande Hamé Algalher le gardien Targui en ouvrant une fenêtre qui laisse passer des rayons de lumière balayant les archives de la coopération italienne dont des centaines de rapports disparaît sous une épaisse couche de poussière. Plusieurs familles ont tiré leur subsistance pendant de longues années grâce au projet, le départ des coopérants et la reprise de certaines activités par l'Etat est vécu comme un abandon, il faut aller ailleurs chercher du travail ou attendre encore et encore mais jusqu'à quand ? Cette inquiétude professionnelle traduit la manière dont plusieurs anciens salariés ou bénévoles du PIK sont affectés par le désœuvrement et le chômage massif dans la région.

6.2 Une société au miroir de ses médecines

Il existe différents recours pour les populations confrontées à un trouble de santé, quelque soit son mode de manifestation ou sa localisation. Les représentants les plus visibles de la médecine traditionnelle sont les tradipraticiens, vocable choisi par l'OMS pour préconiser dans les années 1990, le rapprochement de la médecine traditionnelle avec la médecine hospitalière quelque peu dans un sens unique le traditionnel venant en complémentaire ou se conformant à des exigences de rationalité scientifique. Les guérisseurs en sont venus à revendiquer des savoirs spécialisés basés sur la preuve[1], des diplômes et des médicaments conditionnés de manière à ressembler à la pharmacopée chimique. A Keita, l'association des tradipraticiens avait en 2009, comme président, un songhay, ancien directeur d'école qui soigne ceux qu'il appelle les « aliénés[2] » dans sa cour. Plusieurs personnes des villages environnants ont recours aux tradipraticiens. Trois entretiens ont été menés avec les guérisseurs. Je reviendrai plus loin sur leurs conceptions de la méningite.

Une catégorie concerne les *Malam* qui utilisent les versets coraniques et écrits en arabe en guise de talisman, font des incantations. Ce sont des personnages respectés, ils ne mettent pas systématiquement leur compétence à la disponibilité de chacun, certains ont un savoir transmis par leur père ou leur oncle et l'utilise dans un cadre privé, d'autres en font usage

[1] THIONGANE O, 2007

[2] Entretien avec le tradipraticien Dillé Alzouma, Keita le 7 mars 2009

moyennant une compensation. Le *Malam* peut être l'imam de la mosquée ou un proche parent à qui on donne une récompense symbolique en échange de prières de protection.

L'offre de soins est également proposée par des vendeurs ambulants. Il en existe deux sortes, les *magorawa* qui sont vendeurs d'herbes médicinales, les habitants de Keita ont souvent recours à eux. Ils savent mener un important travail de marketing et de démonstration publique de l'efficacité de leurs panacées en utilisant des expressions imagées, des métaphores qui retiennent l'attention ou en choisissant l'humour. Ils ont des haut parleurs, les mieux outillés, se promènent en voiture en centre ville. Ils disent soigner toutes les pathologies et dénouer des conflits sociaux concernant des problèmes de ménage au même titre que lancer des sortilèges. La seconde catégorie est composée par les vendeurs de médicaments souvent illicites sujets de contrefaçon, les *mai magana* provenant pour la plupart à l'est aux environs de Maradi. Leur prescription de médciaments est source de conflits et de problème de santé publique, ils trouvent dans le commerce de médicaments une source non négligeable de revenus. Certains disent qu'ils vendent des médicaments contre la méningite en piochant au hasard dans leur stock, un faux antibiotique fabriqué au Nigeria. Je n'ai pas mené d'enquête chez eux du fait du problème pratique que pose leur mobilité et étant donné que l'anthropologie des médicaments ne rentre pas dans le cadre de cette thèse..

Une médecine itinérante pratiquée par des coopérants chinois constitue à Keita une autre modalité d'offre des soins. Bien que la coopération chinoise remonte aux premières années d'indépendance du Niger, la première mission médicale à peine de trente ans et plusieurs médecins viennent de la province de Guangxi[1]. Les équipes médicales chinoises parcourent quelques régions telles que Maradi à l'est, la capitale Niamey et le Nord est du pays. Dans les grandes villes, elles fournissent des formations aux médecins et étudiants en médecine. En 2009, une brève mission a été signalée à Keita. II s'agit plutôt de tournées sanitaires pendant lesquelles ces équipes dispensent des consultations spécialisées en ORL.

[1] HAAS M, 2010, page 56

Dans le milieu hospitalier, l'organisation de la santé publique à Keita est tributaire du plan de développement sanitaire du Niger (PDS) et un plan spécifique au département. Ce plan est l'épine dorsale sur lequel s'appuie la politique sanitaire du district. Il propose des orientations stratégiques et actions prioritaires dans le secteur de la santé concernant les malades, les ressources humaines, le matériel médical et le financement. L'organisation sanitaire nationale suit une organisation pyramidale, à chaque division administrative correspond un type de structure sanitaire avec des acteurs en charge de maintenir le bon déroulement des programmes. Le CSI a été créé en 1976. Du fait que Keita est devenu une agglomération importante, le CSI de type 2 c'est-à-dire couvrant une population entre 5000 et 15 000 habitants, avait été transformé peu à peu dans les années précédentes en hôpital de district (HD) non fonctionnel (pas de chirurgien) avec un médecin généraliste à la tête en attendant la construction d'un vrai HD[1]. Les districts sanitaires sont la transformation survenue en 1996, de ce qu'on appelait les circonscriptions médicales. Le CSI de Keita s'adresse ainsi à plus de 30000 habitants et dépasse largement les normes[2] avec un médecin pour l'ensemble du district pour 2009[3].

Le CSI possède quatre principaux bâtiments : la maternité qui reçoit les parturientes, une unité d'hospitalisation, le laboratoire de biologie où se font des tests de base (sang, urine mais également analyse du liquide céphalorachidien) et un Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif (CRENI). L'hôpital de district comptait lors des premiers entretiens, 47 agents de santé dont les auxiliaires, les stagiaires et les bénévoles. Le personnel du CSI effectue 60 à 80 consultations par jour en moyenne, les patients viennent de la zone urbaine, des villages environnants mais également de zones éloignées de 25 km.

Le matériel automobile est composé d'une ambulance, d'un véhicule de supervision et de neuf motos, dons de différents partenaires et dispersés à travers les agents de santé de l'ensemble du département. La plupart du matériel provenant de dons de l'ONG est devenu

1 En construction durant mon enquête, l'HD a été inauguré en février 2010
2 1 CSI pour 10 000 habitants selon l'OMS
3 Norme OMS : 1 médecin pour 10 000 habitants

vieux mais demeure fonctionnel, l'installation électrique est vétuste, le CSI possède un groupe électrogène accaparé par le médecin qui préfère s'en servir dans sa maison.

Le laboratoire d'analyse comprend une centrifugeuse, un micro centrifugeuse et un microscope. Trois personnels techniciens de laboratoire se relaient dont un stagiaire, le principal poste revient au technicien supérieur qui a pris une disponibilité en 2009 et qui a demandé son affectation. Le matériel d'analyse date de plusieurs années et l'installation électrique est hors norme avec des prises arrachées à moitié. Le paillasson est rempli de tâches et les murs sont poussiéreux. Les prélévements du LCR sont analysés dans le local avant d'être envoyés dans des glacières à l'IRSMI pour vérification et séquençage.

6.3 Le système de gratuité des soins

En parallèle avec le système de paiement direct mis en place par l'initiative de Bamako en 1983 et adopté en 1987 par les ministres africains de la santé—qui est une mesure de recouvrement des coûts par les usagers qui, financent eux-mêmes le fonctionnement des services de santé par un système de gestion communautaire— il existe un système de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins cinq ans. Cette nouvelle mesure sert à booster la fréquentation des malades dans les structures de santé et pour lutter contre les inégalités en santé. Ce système a été mis en place par l'Etat nigérien en 2005, avec l'appui et grâce au plaidoyer des quelques ONG internationales, et du fait que la banque mondiale et l'OMS ont été amenés à repenser le système de paiement direct dans quelques pays, dont le Niger. Le constat a été que la tarification des soins aux patients démunis réduisait non seulement le recours aux structures sanitaires mais était un facteur d'appauvrissement tout en accroissant significativement la mortalité des enfants à bas âge et ne cadrait donc pas avec les vœux des OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement). La politique de gratuité prétend à un accès universel des soins, même si le dispositif diffère d'un pays à l'autre. En effet, le Sénégal, par exemple applique la gratuité pour les personnes âgées. Le Burkina-Faso subventionne les accouchements à un taux de 80%, tandis que la gratuité au Niger, concerne les soins des enfants de moins de cinq ans, la césarienne, la consultation prénatale, la

planification familiale et la prise en charge du cancer gynécologique. En 2009, cette mesure ne s'était pas généralisée dans tous les districts du pays.

Le système de gratuité en est encore à ses débuts, mais quelques études pointent l'impact positif de cette stratégie, notamment dans la couverture sanitaire. A Keita, le système de gratuité a fait monter de manière considérable le taux de recours au service estimé à 40%[1]. Ces données livrées par l'ONG Médecins du Monde France, montrent en outre que l'augmentation de la fréquentation du CSI concerne la population masculine et permettent d'analyser ce facteur comme résultant de l'allégement de la charge financière des ménages grâce à la gratuité des soins permettant aux hommes de recourir plus facilement à la médecine hospitalière. Ces résultats enthousiasmés sont pourtant à nuancer, car quelques études et des constats faits, soulignent l'effet pervers de ce système malgré ses bons principes. Les retards dans les remboursements de la trésorerie du Niger aux structures de santé grèvent le budget des formations sanitaires, ce qui entraîne des retards en chaîne à tous les niveaux notamment la pénurie de médicaments dans les pharmacies d'approvisionnement. A Keita, le retard pris dans le remboursement était de neuf mois en 2009[2]. En réalité, les remboursements dus s'échelonnent de l'année 2008 à 2010, quelques sommes versées à se partager entre toutes les formations sanitaires de Keita parviennent à peine à boucher le trou des caisses de santé. Les malades concernés par la gratuité sont alors obligés de payer des médicaments en cas de rupture dans les pharmacies de CSI. La gratuité n'a pas exclu le système organisé de paiement symbolique des parturientes toujours contraintes de payer « le prix de la cola[3] » aux sages-femmes et matrones, soulignons par ailleurs que jusqu'en 2010 pour ces dernières c'était leur seul moyen de rétribution en ce qui concerne le CSI de Keita. Elle n'a pas non plus démotivé le vendeur de la pharmacie à réclamer des prix fictifs de médicaments devant être gratuits tout en se gardant d'en délivrer des reçus. Ces pratiques qui sont récurrentes ont été décrites dans plusieurs centres hospitaliers urbains et des centres de

1 Médecins Du Monde France, Rapport d'activités, janvier 2009

2VALERY RIDDE, DIARRA A, HEINMULLER R, MOHA M, 2009, , page 2

3Le prix de la cola est la compensation financière et/ou en nature (savons, pagne, sucre) de l'accouchement exigé par les sages femme et matrones dans les maternités.

soins ruraux en Afrique de l'ouest[1]. Elles n'ont pas disparues avec le système de gratuité. Le malade bien qu'au courant du système de gratuité n'en maîtrise pas les procédures ou ne dispose pas souvent de moyens pour revendiquer ses droits devant l'autorité médicale.

Le remboursement des coûts de la santé par les pays africains qui s'étaient engagé dans la déclaration d'Abuja, à consacrer 15% de leur budget à la santé, demeure le principal et plus gros problème du système de gratuité. Ridde et Blanchet soulignent que lorsque les factures arrivent au niveau du Trésor des pays, notamment au Niger, elles ne sont pas traitées comme une priorité[2]. Autre point important, avec les changements de régime politique dans le pays, il est difficile d'assurer de la continuité; il existe de longues périodes de flottement avant que les institutions ne se remettent à fonctionner et que les engagements pris par un régime précédent soient respectés par celui qui suit.

Par ailleurs, plusieurs systèmes de gratuité se chevauchent dans le pays, sans que leur interaction et leur impact ne soient étudiés. Concernant la méningite épidémique par exemple, la décision d'une prise en charge gratuite a été adoptée en 1996 lors du protocole de Ouagadougou dans les pays à forte endémicité regroupés dans la « ceinture de la méningite ». Dans le pays, la gratuité de la prise en charge de la méningite ne sera appliquée que suite aux journées d'étude de la santé de Tahoua qui s'est tenue entre du 09 au 15 septembre 2002. Cette gratuité concerne les médicaments y compris les adjuvants, les frais d'hospitalisation et de consultation, les examens complémentaires et les éventuels transferts. Il doit exister en outre un stock de médicaments dans les hôpitaux en cas d'épidémie. Dans la pratique, il en va autrement, les malades qui n'ont pas de contacts influents au CSI paient les frais de soins ou du lit. Le personnel de santé n'éhiste pas à les mettre à contribution. La majorité des familles de malades avec lesquelles, nous avons eu à nous entretenir ont payé les soins du malade. Leur mise à contribution financière est niée par les responsables du CSI qui affirment dans

---

1Cf JAFFRE Y & OLIVIER DE SARDAN, J.P (eds), 2003, La médecine inhospitalière, Paris, Karthala, 462 pages

2RIDDE V et BLANCHET K, 2008, Vers la gratuité des soins en Afrique, Humanitaire enjeux, pratiques, débats, n° 18, page 3.

les principes, le droit des maladess de la méningite à se soigner gratuitement. Étant donné que le prix des soins est réclamé par le gestionnaire des médicaments, le chef CSI de Keita dit ne pas être au courant, tout en admettant la possibilité que celui-ci abuse du manque d'information des malades et mette l'argent dans sa poche. Cette pratique est problématique et d'autant plus illégale que les médicaments des malades souffrant de méningite qui sont des stocks de sécurité réapprovisionnés à chaque épidémie, proviennent des dons des PTF et de l'État nigérien. Plusieurs actes médicaux mettent en lumière des pratiques de reproduction de l'inaccessible enracinées et d'autant plus difficile à estimer ou combattre que des frontières existent entre les hiérarchies professionnelles et chacun peut prélever à sa propre discrétion, une sorte de tribut sur le malade qui pour la signature du carnet, qui pour l'accouchement sous forme de paiement symbolique obligatoire et un autre pour des soins aux malades de la méningite.

6.4 Soignants, rapports de pouvoir et maladie

Certains membres du personnel du CSI de Keita nécessitent une description de leur trajectoire des pratiques auxquelles ils prennent part, dans la mesure où ils sont les principaux acteurs qui assurent la prise en charge et autour desquels tournent plusieurs enjeux de santé et de pouvoir . L'un de ces principaux personnages est le médecin chef de Keita. Il a pris fonction en 2007 après avoir servi au préalable à Tillabéry dans l'ouest du pays. Ses activités sont essentiellement tournées vers les tâches administratives, les rapports d'activités, des plans de riposte contre des maladies épidémiques, les réunions à préparer avec les agents de santé de district, la préparation du budget sans compter qu'en tant que membre de l'Equipe Cadre District (ECD)[1], il est le principal responsable des activités de santé publique du département. La gestion administrative est plus valorisée que les activités de soin. Une grande partie de son univers relève d'une bureaucratie d'état plutôt que de la médecine pratique. Ces "en dehors de la médecine" ont conduit le médecin à redéfinir ses prérogatives ainsi que sa

1ECD: équipe chargée de la gestion de la santé publique au niveau du district, en menant des investigations, en établissant les besoins sanitaires et en gérant les ressources financières liées à la santé. Il est composé des membres de l'équipe médicale qui fonctionnent dans un esprit de concertation et de coordination. Ce type de gestion est né en 1995 avec la déclaration de politique sectorielle avec la mise en place des CSI par l'état du Niger.

profession: «ce n'est qu'en cas de complication que le médecin intervient, le médecin a un rôle de contrôleur[1]». La bureaucratisation des tâches dans le domaine hospitalier est un fait courant[2], encouragée par la proximité des projets et l'interaction avec des ONG qui forment ceux qu'on appelle les PTF. Les tâches bureaucratiques sont complétées par des réunions de bilans, des séminaires qui parfois nécessitent l'absence du médecin de la structure de santé. Occasionnellement, le médecin peut décider toutefois de contrôler les malades hospitalisés. La décision d'hospitaliser est une tâche dévolue aux infirmiers. La délégation des tâches qui relèvent des soins est une autre pratique courante. Quelques collègues qui aiment bien rire du médecin chef de district derrière son dos estiment que leur supérieur répugne à toucher les malades, et supposent que le sang lui fait horreur ce qui est à leurs yeux un paradoxe. Il est ainsi d'usage de voir le manœuvre ou un bénévole faire des injections ou poser une perfusion à un malade de la méningite souvent avec beaucoup de peine. Lorsque l'entreprise s'annonce périlleuse, il est fait appel à l'infirmier. Les stagiaires et les volontaires de service civique constituent la majorité du personnel vers qui la plupart des activités sont déléguées. Lors d'un entretien le médecin s'est plaint toutefois de délaisser l'aspect médical faute de temps, même si sa propension à gratifier les activités administratives de gestion et de contrôle n'est pas un secret ce qui provoque la polémique chez les infirmiers lors de leurs rencontres amicales désignées sous le nom de *fada.* Ces rencontres sont des occasions de prise de parole et de contestations de la hiérarchie médicale et opposent les pros médecin, sorte de gardiens du temple défendant le respect de la hiérarchie et de l'autorité du médecin, et les autres prudents sur leurs avis mais contestataires de ces types de pratiques. Pour l'instant, en guise de résistance, quelques uns rechignent à rédiger des comptes rendus d'activités qui n'ont jamais eu lieu sur la demande du médecin sous rumeurs de détournements de fonds. Le médecin chef de district est l'un des principaux interlocuteurs des ONG en tant que personnage important du paysage de la santé publique et membre de l'équipe cadre district. Les affinités électives avec l'ONG MDM permettent par ailleurs des déplacements à l'étranger, grande opportunité professionnelle pour un médecin de district l'ayant conduite au Congo Kinshasa,

---

1Entretien avec le médecin chef du CSI, Keita, 11 mars 2009

2JAFFRE YANNICK & OLIVIER DE SARDAN, 2003, op.cit.

puis aidée à bénéficier d'une formation à distance en santé publique (pour la somme de 7500€) ainsi qu'un voyage d'examen en France pour passer l'examen. Les rapports entre l'ONG MDM et le médecin chef de district peuvent paraître ambivalents à l'observateur extérieur et mêlent le plus souvent intérêt et allégeance du personnel de l'ONG vis à vis de cette figure locale et vice versa. Des rapports d'intérêt peuvent être perçus dans les sollicitations courantes adressées au coordinateur médical de l'ONG pour des séminaires, du carburant, les financements des programmes sensibilisation ou du déplacement d'élus locaux à une réunion que le médecin de district a convoquée ; élus locaux à qui il faut assurer un perdiem et des moyens de se déplacer. L'ONG est plutôt perçue comme un partenaire financier à part entière à l'écoute des diverses sollicitations. Par ailleurs, c'est vers elle, qu'il est possible de trouver un supplément au maigre salaire versé par l'État, sous forme de perdiems, de gratifications, et primes d'encouragement. Avec le départ de la coopération italienne, les métiers de la santé sont de plus en plus valorisés dans la ville, chacun cherche à placer un parent ou à devenir bénévole dans l'esprit de capter ces types de ressources en marge du salaire.

On note par ailleurs une attitude d'allégeance dans un mouvement contraire allant du médecin coordonnateur de l'ONG au médecin chef de district. J'ai été souvent pris à témoin par ce dernier qui rappelle au médecin de l'ONG qu'il a été son stagiaire avant d'obtenir le doctorat. Cet appel à souvenir est une forme symbolique de contrôle, par ce biais le médecin fait valoir un droit d'aînesse et une supériorité. Ce même rapport se donne à voir lors du travail en commun des deux médecins ou pendant les déplacements. Le médecin chef de district demande des arrêts pour faire des courses et envoie le médecin de l'ONG pour les faire alors que nous sommes dans la voiture de l'ONG et non de l'hôpital. Nous assistons ainsi à une sorte de rapport hiérarchique inversé, ce qui est aux antipodes des préconceptions entre bailleur et récipiendaire de l'aide. Le médecin de district est également détenteur de plusieurs ressources, il est un "passeur de pont" entre l'ONG et les malades mais également entre celle-ci et l'ensemble des structures sanitaires du département. De telles ressources, renforcent les possibilités de négociation avec les ONG. N'ayant jamais fait valoir ses compétences médicales dans le domaine hospitalier après l'obtention de son diplôme, le

médecin de l'ONG se retrouve dans une position fragile moins valorisante. Son rôle cantonné au travail administratif au sein d'organismes humanitaires successifs l'a éloigné du métier de praticien. Si plusieurs médecins d'ONG pratiquent la médecine d'urgence il n'en est pas de même pour lui qui se contente de coordonner et de superviser les orientations d'une médecine d'urgence ou de développement au nom de sa structure. Un infirmier chef de CSI opposé à la politique de nébuleuse des finances du district estime par ailleurs que le médecin de l'ONG serait bien au courant des activités non effectuées par son supérieur mais dont le financement continue à être versé par MDM. Cette allégation qui serait à vérifier validerait néanmoins l'interprétation d'une complicité plutôt qu'une allégeance, d'autant plus que lorsque les expatriés français membres de l'ONG étaient présents sur le terrain et contrôlaient l'allocation des ressources, ces formes de rumeurs de détournements de fonds alloués par MDM ne nous étaient pas parvenues[1]. Par ailleurs, Le responsable du programme Sahel et ancien coordonateur médical de MDM n'avalise pas ces rumeurs et affirme que les sollicitations du médecin et les financements octroyés pour les activités foraines sont strictement vérifiés. La position des nationaux qui travaillent pour les ONG n'en demeure pas moins fragile, elle dépend du poids de cette institution dans le paysage national et de l'apport de ressources de cette ONG dans le pays. Le médecin lié à l'État par contrat est capable de jeter du discrédit sur le travail humanitaire s'il n'obtient pas satisfaction dans une arène où les arbitrages de l'aide au développement peuvent saper son autorité à tout moment.
La configuration de l'aide au développement, la logique de l'offre, la pluralité des acteurs qui s'y consacrent, révèlent des dynamiques socio-économiques mais aussi politiques qui peuvent être appréhendées sur la base des réflexions puisées dans la socio-anthropologie du développement. Certaines analyses portant sur le discours et la rhétorique de l'aide dans cette région notamment des travaux de Benedetta Rossi[2]peuvent éclairer la complexité des enjeux sur un tel terrain ainsi que celle de ma démarche d'enquête. L'importance de ce champ théorique n'est plus à démontrer. Une petite précision d'abord pour dire que l'exercice du développement, est entendu dans cette analyse selon l'acception plusieurs fois reprise et

---

2ROSSI BENEDETTA, 2004, Order and disjuncture, theorical shifts in the anthropology of aid and development, *Current Anthropology,* Volume 45, n°4*,* août-octobre, 556-560

connue qu'en donne Jean .P. Olivier de Sardan. Je le reprends à mon compte dans un objectif pratique comme «l'ensemble des processus sociaux induits par des opérations volontaristes de transformation d'un milieu social entreprises par le biais d'institutions ou d'acteurs extérieurs à ce milieu, et reposant sur une tentative de greffe de ressources, de techniques et/ ou de savoirs»[1]. Les anthropologues ont critiqué certains principes de l'aide au développement. L'une d'elle est la mise en dépendance des citoyens, contraints de déployer différentes stratégies pour rentrer dans les cases que définissent les acteurs de l'aide à la lumière des différentes philosophies qui gouvernent leurs institutions souvent en affrontement. D'autres travaux dénoncent « l'absence de voix politique des populations démunies » et la complaisance des agences internationales face à l'échec des gouvernements tout en reconnaissant l'existence d'alternatives et de stratégies propres aux récipiendaires de l'aide qui détournent certaines situations à leur profit[2]. Je me servirai de cette approche, dans la mesure où, elle illustre assez justement mes observations à Keita.

Mon accès au terrain a été facilité par une mission du bureau d'aide humanitaire de la commission européenne [3](ECHO), composée d'un expert des questions humanitaires, de son assistant nigérien, de deux chauffeurs et de leurs voitures. Cette mission avait pour but précis de réaliser un travail d'évaluation sur la lutte nutritionnelle menée par l'ONG ACF suspendue dans les régions de Keita et Madaoua située plus au sud. Il s'agissait par la même occasion, d'acheminer des seringues oubliées un jour plutôt par le ministère de la santé lors d'envoi du matériel de vaccination pour la campagne de la méningite à Keita. Cette campagne ne pouvait débuter avant notre arrivée. Je ne vais pas revenir sur les caractéristiques de cette mission, ni sur son contenu, encore moins sur les polémiques qui ont eu lieu avant mon enquête autour du départ de cette ONG qui s'est déroulée bien avant mon arrivée au Niger. Soulignons simplement que le consultant au service d'ECHO, a sollicité dès son arrivée un entretien avec le médecin chef du district sanitaire auquel j'ai été autorisé à prendre part ainsi que son assistant qui prenait des notes. Au préalable une visite au Centre de Récupération

---

1BIERCHENK TH, CHAUVEAU J .P, OLIVIER DE SARDAN J .P. , (eds), page 758

2ROSSI, B, 2005, page 147

3En anglais European Community Humanitarian Office

Nutritionnelle Infantile, conduite par le médecin chef de district avait permis d'observer le travail des bénévoles et les nouvelles admissions. A la sortie, l'envoyé de ECHO avait lancé une première remarque sur l'absence d'un écriteau précisant les sources de financement de la structure (en l'occurrence ECHO et l'ONG ACF suspendue). En rappelant le cadre contractuel de la construction du centre des malnutris, l'employé d'ECHO pose ainsi les bases du rapport contractuel entre bailleur de fonds étrangers et récipiendaire de l'aide. Cette logique du bailleur continue dans l'échange qui va suivre.

Je reproduis ici un bout de l'entretien enregistré ce jour là et retranscris ensuite entre le médecin chef du district et l'expert envoyé par ECHO. L'objet de la discussion était de voir le suivi des malnutris après la suspension d'ACF.

Le 01 mars 2009 **L'expert d'ECHO** : Mais vous ne nous facilitez pas la tache si vous avez fait partir l'ONG, il faut toujours tout recommencer (en ce qui concerne la prise en charge des malnutris). Nous finançons une ONG et vous les laissez partir. **Le médecin chef** (rire embarrassé): cette ONG a eu des problèmes avec tous les gens de la région **L'expert d'ECHO** : vous ne nous avez pas aidé (ici le consultant reproche au médecin de na pas avoir tout fait pour défendre le travail de l'ONG pour qu'elle ne soit pas suspendue) **Le médecin chef**: Je fais mon travail. Le rapport est passé entre mes mains, on (le ministère de la santé saisit par le gouvernement de l'époque) m'a appelé pour me demander si les chiffres publiés étaient ceux de mon district. Il se trouve qu' ACF et nous n'avions pas bien entendu, les mêmes données (sur le nombre de malnutris).	**L'expert d'ECHO** : les données ah! **Le médecin chef** : Allez voir les gens ils vont vous dire. Vous savez ce que son coordinateur a répondu au préfet qui demandait de l'aide pour contrer l'épidémie ? « En dehors de la malnutrition, je m'en fous! » il lui a répondu ! …ACF faisait les choses dans son coin puis on nous mettait au courant après. Est ce que c'est une façon de faire? **L'expert d'ECHO** : Qui s'occupent des malnutris maintenant? J'ai vu au village B que les relais communautaires ont abandonné le travail disant qu'ils ne sont plus payés. Il y a plusieurs cas de malnutrition en ce moment! **Le médecin chef** : Ceux qui ont été formés le font mais bon comme ils ne reçoivent plus de gratification…
L'expert d'ECHO (d'un ton désabusé): mais enfin bon est ce que les parents nigériens se soucient de leurs propres enfants ? Nous ne pouvons pas quand même tout faire à leur place! (ici l'assistant de l'expert, un nigérien qui notait tout depuis le début suspend son stylo et arrête de prendre des notes me jetant un regard oblique).	

En aparté, à la fin de l'entretien le consultant va dénoncer le discrédit auquel s'exposerait tout membre d'ONG en conflit avec le médecin du district. Cette discussion fournit un cadre

d'analyse qui met en lumière la capacité du médecin chef de district de juger de la légitimité des acteurs humanitaires et de leur pratique. Si les raisons de la suspension d'ACF sont plus complexes et à rattacher à d'autres événements liés à des pratiques internes, à des rapports de pouvoir entre employés d'ONG, au contexte politique et à la sensibilité de la question de la malnutrition au Niger, « sujet chaud[1] » pour reprendre l'expression d'Olivier de Sardan, la responsabilité exacte du médecin du district est difficile à déterminer. Sa complicité souligne néanmoins le poids accordé à son point de vue dans les décisions sanitaires concernant le district de Keita. Le pouvoir de sa parole et de ses décisions est un élément fondamental dans toute action sanitaire envisagée dans le district. Au delà de la question du pouvoir du médecin sur d'autres acteurs de santé intervenant dans le district, il est important de revenir sur cette scène qui l'a opposé au délégué humanitaire. La question du consultant qui n'en est fondamentalement pas une mais plutôt une accusation, a un sens moral. Elle ne cherche pas à savoir quel type de souci de l'autre il y a dans la culture locale, mais si le souci occidental (comme devant être universel en ce qui concerne le devoir des parents à assurer une subsistance à leur enfant) de l'autre est appliqué. Ses propos normatifs insinuent un certain type de morale : le devoir de prendre soin et une critique de la dépendance tout en mettant en lumière un certain ethnocentrisme de l'action humanitaire. Des experts de l'environnement, aux agences européennes s'occupant de la santé, le discours sur les populations de Keita donne lieu parfois à ces inflexions catastrophistes et misérabilistes renforcées par des normes internationales qui tirent leur force dans les représentations construites en occident. Or l'idéologie catastrophiste peut être mal perçue par les agents étatiques surtout, lorsque la morale humanitaire dévoile un masque accusateur comme il ressort de ces interactions observables dans le cadre du district de santé mais illustrative de ces types de clivages entre l'évaluation humanitaire et la réalité microsociologique. Sur un terrain où la critique de l'aide au développement s'hypertrophie, il est nécessaire de faire preuve de prudence notamment, sur la tendance en ethnologie de généraliser à partir d'un propos et de tomber dans la surinterprétation. Si je ne peux généraliser à partir de cette situation d'interlocution, il est possible de rappeler cependant le contexte d'énonciation et

[1] J P O DE SARDAN, la crise alimentaire vue d'en bas. Synthèse des recherches menées sur sept sites au Niger, Afrique contemporaine, 2008/1(225), pages 217-294

notamment d'où l'expert parle. Du point de vue institutionnel, Emil Cock a montré dans son analyse du dispositif humanitaire à l'échelle européenne la position non neutre d'ECHO concernant sa politique de financement des ONG européennes[1]. Celles-ci doivent remplir plusieurs critères et orienter les allocations de leur bailleur dans des secteurs du développement correspondant aux exigences européennes. Plus qu'un organisme de financement, ECHO est par conséquent, le reflet d'un idéal du gouvernement de l'aide et de la main mise de l'Union Européenne dans les interventions humanitaires. Elle est donc un maillon d'un dispositif plus étendu. Présent au Niger depuis 2005 au même titre que plusieurs ONG qui se sont repositionnées dans le pays, ECHO représente une manne financière non négligeable pour les ONG. En 2009, 1.900.000 euros ont été dépensés dont 400 000 attribués à la seule ONG MDM pour la lutte contre la fragilité nutritionnelle et sanitaire des populations vivant au Sahel[2]. La même année, ECHO est intervenue dans le financement des campagnes de lutte contre les épidémies de méningite au Niger et au Nigeria. Son poids économique est donc considérable pour les ONG et les autorités de santé des pays aidés. On peut donc appréhender la critique de l'enfance nigérienne proférée par le délégué d'ECHO à travers une construction globalisée de l'enfance « à protéger » mobilisée par un acteur du développement[3].

Le médecin chef de district est secondé par cinq infirmiers. Cependant trois sont les principaux responsables des soins et reçoivent la plupart des malades.

Le premier infirmier Amadou Chérifou âgé de cinquante cinq ans, travaille à Keita depuis 2007 après avoir occupé le poste d'aide infirmier de 1994 à 2004 au CSI de Talladjé à la périphérie de Niamey. Entre 2004 et 2006, il fait l'Ecole Nationale de Santé publique (ENSP) de Zinder pour passer un diplôme d'infirmier puis après son obtention, il est affecté au CSI de Keita où il s'occupe d'abord du tri des malades. Keita est son premier lieu d'exercice du métier d'infirmier. Il y a été nommé major de l'hôpital de district en 2008. Son affectation à

---

[1] COCK E, 2005

2 http://ec.europa.eu/echo/files/funding/agreements/agreements_2009.pdf

[3] Voir à ce titre les travaux de ELISE GUILLERMET sur la construction de l'orphelin à Zinder, Thèse de doctorat réalisé en 2008

Keita n'est pas une sinécure, la région est loin de la capitale, l'environnement est dur, Keita est enclavé et les villageois sont perçus par le major comme des ignorants. Il s'y ennuie même s'il a sa famille avec lui et que son poste d'infirmier lui permet de jouer de ses relations pour que sa fille remplisse des missions de « bénévolat » rémunéré dans les campagnes vaccinales. Il songe demander une mutation à Niamey ou rejoindre une ville non loin de la capitale[1].

Tidjani Harouna devenu l'infirmier chef en 2010 a un statut de vacataire. Issu d'une famille aisée de commerçants Haoussa, il a fait sa formation d'infirmier à l'ENSP de Zinder où à sa sortie il fait un stage de six mois à Tanout avant d'occuper un poste dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Zinder pendant deux ans. A trente ans, il est le numéro deux du CSI, et occupe son poste depuis 2004. Il dit aimer son métier mais se plaint que dans la fonction publique nigérienne, il soit difficile de gravir les échelons d'autant plus qu'il n'a toujours pas intégré la fonction publique. Pour être infirmier fonctionnaire, il faut avoir quatre ans d'expérience et remplir d'autres conditions. Il a fait huit ans de vacation mais dit manquer de « facilitateur » au sein du ministère pour intégrer le corps des infirmiers. Selon cet infirmier, pour que ce type de demande soit pris en compte le plus rapidement, il est utile d'avoir un proche qui connaisse le circuit ou payer un pot de vin. Il estime que la fonction d'infirmier est un métier ingrat et n'a que peu de sympathie pour les paysans de Keita qu'ils trouvent impolis et obstinés tout en réhabilitant le cliché selon lequel un zindérois ne peut avoir de l'estime pour les habitants de Keita perçus comme des paysans peu clairvoyants. Depuis quelques années il envisage de faire une formation en épidémiologie. L'infirmier chef est un homme plutôt matinal, il reçoit les malades dès huit heures du matin au plus tard. Lorsque ceux-ci arrivent, ils franchissent le portail, passent par le caissier pour payer le carnet de santé qui coûte 900 francs CFA soit 1,37€ et qui en réalité est le prix d'une consultation[2]. Un agent du tri leur demande la raison de leur visite, avant de les orienter vers un professionnel soit dans la majorité vers la sage femme de la maternité, soit vers l'infirmier qui peut l'orienter à l'occasion si le cas n'est pas de son ressort vers le médecin chef du district. La consultation

1Il obtiendra gain de cause quelques mois plus tard pour aller à Birni Konni

[2] Elle va tomber à 800 F en 2010

dure à peine cinq minutes lorsqu'il n'y a pas de soins à faire. Le malade décrit ses symptômes qui peuvent remonter à plusieurs jours voire des semaines, l'infirmier derrière son bureau écoute attentivement, pose une ou deux questions avant de prescrire une ordonnance et d'envoyer le patient à la pharmacie ou faire un examen; au retour, il lui explique la posologie. Ce n'est qu'à de rares occasions que l'infirmier effectue un diagnostic clinique complet. Les femmes sont pudiques, voilées et peuvent être accompagnées de leur mari, le plus souvent elles sont seules pour des consultations concernant leurs enfants. Depuis la construction de l'HD, Tidjani Hassan est responsable du CSI et par conséquent, le supérieur hiérarchique. A Keita, en dehors de la délégation des tâches, il y a une porosité entre les métiers, personne n'est réellement à sa place, on ne demande à personne d'ailleurs d'être à sa place, on s'organise comme on peut pour arranger son collègue ou parce qu'il n'y a pas le personnel qu'il faut.

Le troisième infirmier, Abubacar Yacouba est originaire de Keita âgé de cinquante ans. Il a arrêté ses études à l'école primaire et est entré dans la fonction publique en 1980 avant de passer un concours d'infirmier certifié dans les années 90. Il a eu un parcours pour le moins mouvementé marqué par plus treize mutations dont certaines à caractère de sanction. Sur certains postes, il est resté moins de six mois. Les rumeurs lui prêtent un passé peu flatteur et ses collègues l'ont mis au ban, ce qui lui vaut des journées entières, assis à l'ombre d'un arbre sans interlocuteur. Lors de ses périodes de garde, seuls les malades ne le connaissant pas assez bien osent le solliciter et récoltent avec un peu de chance de l'indifférence ou s'il est de mauvaise humeur, des reproches qui peuvent virer à l'insulte. Pour éviter la confrontation avec les malades, Abubacar Yacouba préfère même s'il est de garde, les référer au chef CSI. Les malades sont traités comme des ennemis de sa tranquillité qu'il jalouse. En règle générale, certains cas nécessitant un traitement d'urgence comme les accouchements ou des cas de méningite ne lui sont jamais confiés. Sa mutation à Keita est censée être une sanction professionnelle. Son précédent poste à Loudou a duré 10 mois avant que le comité de santé ne demande sa mutation. Il s'est construit une figure de victime en disant ne pas être compris par les malades et de subir de la discrimination à cause de son bégaiement qu'il perçoit

comme un handicap. Un malade qui ne comprend pas les indications thérapeutiques et insiste pour une précision récolte une expulsion de son bureau et dans le meilleur des cas, une brimade. Yacouba perd parfois son sang froid. Il a demandé à diriger un CSI à Keita ou être intégré dans le nouvel hôpital. Sa requête a été rejetée par l'administration du district ce qui accentue quelque peu sa morne. Le médecin chef de district par lequel passe une telle décision lui ayant préféré en 2010, Tidjani Harouna, son cadet de quinze ans.

Peu de personnel de santé est mis à pied ou renvoyé en cas de faute même qualifiée de grave. Dans l'histoire du CSI, aucun cas n'a été relevé, les métiers de santé sont souvent des niches professionnelles, les occupants des postes ne sont que rarement inquiétés en cas de faute grave. Ensuite les professions d'infirmiers et d'auxiliaires de la santé ne sont souvent que des « boulots alimentaires » comme le disent la plupart des acteurs en rappelant les motivations professionnelles. Peu y tirent finalement de la satisfaction qui naîtrait d'une vocation, ce qui se traduit par des rapports aux patients basés sur un pouvoir à valence négative, du manque de suivi des malades et de la démotivation du personnel.

L'institution médicale fournit un cadre d'analyse à la profession médicale et aux différentes interactions à partir desquelles peuvent être comprises la gestion de la maladie.

6.5 De l'aide au développement à la mission d'urgence. Les Médecins du Monde France

Il a été souligné plus haut que la singularité de Keita n'est pas seulement liée à la place charnière que lui accorde l'histoire épidémiologique de la méningite, la zone d'étude est caractérisée également par la question humanitaire entendue comme l'enracinement d'actions d'aide au développement porté par diverses acteurs qui peuvent être liés à l'apport de ressources, comme aux actions d'expertise qui s'en suivent. Grâce aux différents programmes qu'ils mettent en place : renutrition, aide aux campagnes vaccinales, dotations en médicaments, formation des agents de santé, construction d'infrastructures (pour citer les activités les plus centrales), les membres d'ONG sont des acteurs de premier plan dans la gestion de la santé publique. Cette capacité de mobilisation de ressources a propulsé les organismes humanitaires au premier plan des acteurs économiques. Le récit de l'implantation

et de sa justification de MDM-France à Keita est étroitement lié à l'événement de la crise nutritionnelle de 2005. MDM-France était néanmoins déjà présente dans le nord du Niger, à Arlit et Abalak dans les années 1990 suite à l'éclatement du conflit armé touareg, avant de quitter le pays de 2002 à 2005 pour n'y venir que sous forme de missions d'urgence. Entre 2005 et juillet 2006, a lieu une passation de mission entre MDM et ACF par un système de relais puis de spécialisation. Après le départ de MSF, ACF s'implante dans le centre urbain pour s'occuper de la malnutrition et très vite débordé va faire appel à MDM pour le volet santé conçu comme n'étant pas « couvert[1] ». Cette représentation de zone non couvert en matière de santé sera traduite en termes de projet contracté entre ECHO, MDM-France et l'équipe Cadre district de Keita, projet intitulé : « *Contribution à la lutte contre la fragilité sanitaire des populations vivant en zone sahélienne, district de Keita* ». Contrairement aux types de projets donnant une large part au récit autour de la fragilité et de la pauvreté des populations de Keita, cet accord a été régi sous forme de contrat contenant une vingtaine d'articles codifiant l'action humanitaire dans le sens d'un partenariat où règne en surplomb ECHO en tant qu'employé entrepreneur. Cette configuration triangulaire de l'aide a été particulièrement visible lors de nos observations en 2009. ECHO est le bailleur, l'ONG offre des prestations de service, « soigne et témoigne[2] » et l'ECD est le demandeur. Par ailleurs la notion de partenariat est au cœur du contrat dans un contexte ou deux ONG sont suspendues ou expulsées par le gouvernement de Mamadou Tandja dans l'année qui précède mon terrain et que cette atmosphère est marquée par une "certaine raideur des autorités vis-à-vis des organisations non gouvernementale". La notion de partenariat est définie dans le document cadre comme un accord de cogestion: « Nord-sud entre deux structures ne visant pas leur propres intérêts mais ceux de leurs partenaires et des bénéficiaires[3]. » Cette question de partenariat a été interrogé au sein d'ECHO et nous pouvons voir qu'elle n'inclut pas d'égalité à priori, chez les autorités de santé du Niger, les partenaires sont ceux qui font office de bailleurs, qui ont les moyens de venir en aide à d'autres types de partenaires qui sont eux des

[1] Entretien avec le responsable du projet Sahel pour MDM, Montpellier le 17 novembre 2011

[2] Accord de coopération technique, opérationnelle et financière entre l'Equipe Cadre District et Médecins du Monde France pour la contribution à la lutte contre la fragilité sanitaire des populations vivant en zone sahélienne, district de Keita, Document interne, 2009

[3] idem

récipiendaires de l'aide internationale. MDM-France en établissant cette forme de contrat cadre avec ECHO a les moyens de se repositionner au Niger. Par ailleurs elle a une cellule à Tahoua puis a développé des interventions à l'est de la région: à Abalak et Tchintabaraden. Ces jeux de positionnement des ONG dont les enjeux dépassent mon cadre d'étude soulignent l'importante mise en réseau des structures humanitaires et des politiques de l'aide. Elles ont leur importance dans la manière dont celles-ci se reconfigurent lorsque l'interlocuteur change et dans la diversité d'approche au sein même de ces ONG qui peut résulter de ces types de reconfiguration lors des épidémies de méningite conçues comme des situations d'urgence. Ainsi la variation d'échelle (du national au district) permet de mieux comprendre la diversité d'approche dans la gestion des épidémies. J'ai montré le niveau et les cadres d'action dans lesquels MSF enracine son intervention dans la santé publique notamment en siégeant dans les instances supérieures et en rationalisant le gouvernement de l'aide. A Keita, ceux qui pratiquent la santé publique en temps d'épidémie comme les membres de MDM se saisissent d'une manière différente de cette problématique.

Depuis 2007, le champ d'action de MDM s'est élargi avec l'appui à la politique de gratuité des soins. L'ONG comptait en 2009, onze employés. En 2010, l'effectif a été réduit au niveau de Keita et élargi à Niamey. Soins de santé primaire et activités nutritionnelles demeurent les deux principaux axes d'intervention de l'organisation. Elle s'est faite aussi à cause du manque de formation et de moyens techniques des agents de l'État. Le responsable de l'ONG au Sahel (Mali, Niger et Burkina Faso) a rappelé dans un entretien[1] que les ONG de développement dont MDM-France sont en appui à des politiques publiques défaillantes. Certaines missions de santé publique et de contrôle sont déléguées dans un cadre concerté, à l'ONG telles les supervisions, activités instaurées depuis 1993 dans les CSI et Case de Santé. Ces activités consistent à former du personnel à la prise en charge, à des méthodes de remplissage de support d'un acte médical, à aider à la rationalisation de la prescription médicale, à l'usage de médicaments appropriés disponibles dans les stocks et à usage prioritaire tels que ceux à date de péremption rapprochée. Il y a également des missions de

[1] Entretien avec le responsable du projet Sahel pour MDM, op.cit

supervision organisées ainsi: deux à quatre fois par semaine, deux voitures de l'ONG conduites par un chauffeur avec à bord un infirmier et/ou sage femme et/ou le médecin coordinateur, se rendent dans les CSI du département de Keita, pour faire la supervision des centres de santé, parvenir des dons de médicaments et de nutriments. Dès son installation au Niger, l'ONG s'est déployée dans des activités à long terme. La priorité de MDM-France est avant tout de délivrer de l'aide de proximité dans une approche « non-substitutive[1] », ou ce que le coordinateur médical de 2009 en empruntant au monde ouvrier français appelle « compagnonnage[2] » dans la délivrance des services de santé. Cependant, la place prise par les ONG dans la région est prépondérante ce qui revient à nuancer la volonté de se cantonner pour l'ONG à une approche « non substitutive ». Une note interne venant du siège de l'ONG France à Paris, et envoyée aux agents de l'ONG à Keita, stipule: « Les carences de l'intervention publique peuvent justifier une substitution totale par L'ONG, mais le plus souvent nous interviendrons en appui au dispositif local[3].»

Deux modes d'action la substitution totale et le « compagnonnage » s'interpénètrent par conséquent, la première se justifiant sur la base d'une santé publique déficitaire. Si à certains moments la participation en nature ou en espèces des populations a été demandé, un rapport de l'ONG note que l'émergence des acteurs de développement est difficile puisque :« les populations se mobilisent plus pour demander un investissement que pour le créer et le gérer durablement[4]. »

En réalité, l'organisation est omniprésente dans les activités de santé du département. Les demandes de financement d'activités sanitaires par l'ECD et les autorités médicales sont nombreuses[5]. L'allocation de ressources en faveur des acteurs du département est une manne

---

1 Coordinateur médical de l'ONG à Keita, le 13 mars 2009

2 idem

3 Note confidentielle de l'ONG, 23 juin 2008

4 MDM, Stratégie d'Intervention Niger. Préparation et prévention des crises sanitaires et nutritionnelles en milieu rural sahélien, 2006, Page 16

5 Des demandes parfois inattendues atterrissent au siège de l'ONG. Le maire de Keita sollicitait ainsi un voyage d'études pour mieux connaître les activités de MDM-France dans les autres pays de la sous région sahélienne puis une tannerie lorsqu'il fut destitué lors du coup d'état de février 2010

financière importante pour les uns et les autres. Réunions de concertations, colloques et participations à des conférences sur la santé sont des activités à succès, fort demandées en raison des gratifications que les acteurs reçoivent en dédommagement sans compter les activités purement médicales gérées par l'ECD. En procédant par une approche projet pour répondre aux sollicitations, MDM parvient ainsi à accroître la visibilité de son action dans le département sans que les modes d'affectation des ressources soient remis en compte.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies infectieuses dans le pays, un plan de riposte contre une épidémie de méningite, est financée majoritairement par les organismes non gouvernementaux ou d'autres agences de santé. A Keita, l'aide à une situation d'urgence en contexte d'épidémie (méningite en saison froide) comporte les rémunérations sous forme de primes d'encouragement octroyées aux volontaires durant les vaccinations, le carburant des agents du ministère pour acheminer du matériel de vaccination[1], ou les gratifications financières des agents de santé. L'ONG sert par ailleurs de médiateur et fait du plaidoyer pour la mise à disposition par le niveau national, des moyens nécessaires en temps d'urgence. Plusieurs stratégies sont mises en œuvre dans ce processus par les acteurs humanitaires. Cependant, les expatriés s'investissent en majorité dans ces types d'actions en faisant du lobbying ou de la pression au niveau politique. Cela pourrait s'expliquer par leurs réseaux plus influents et le fait qu'ils détiennent les postes de supervision et de coordination. Leurs initiatives et leur proximité avec les autorités de santé publique à l'échelle nationale, leur permettent de développer une rhétorique critique autour des politiques, des acteurs étatiques ainsi que des institutions internationales. Ils fustigent par exemple, le manque de clarté et de consignes claires pendant les campagnes de vaccination contre la méningite, ainsi que l'attitude condescendante de l'OMS devant les retards de stratégie de réponse aux épidémies de méningite[2]. Ces modes d'appréciation soulignent plus souvent un désaveu de l'action publique d'état et de celle de certaines institutions internationales.

---

1 C'est la seule demande considérée comme relevant de la corruption, le chauffeur de la DSSRE est véhiculé, équipé et a un salaire, cependant une pratique de racket est survenu en 2008, le chauffeur tardait à acheminer les vaccins exigeant le paiement du carburant à MDM avant l'arrivée à Keita. Rapporté par le coordinateur du projet Sahel, novembre 2011

2 C'est l'avis du coordinateur général de l'ONG à l'époque, Entretien Niamey 27 février 2009

Face à l'ampleur prise par la méningite dans le district de Keita, MDM-France a orienté depuis 2008 ses actions autour du contrôle des épidémies, principalement à cause de la demande sociale et médicale.

Tableau n°4 : récapitulatif des cas et décès dus à la méningite dans le district sanitaire de Keita de 2004 à 2009

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Méningite	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
	18	2	13	3	18	2	17	1	125	6	474	9

Source : SNIS

La première expérience de l'ONG au Niger dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de méningite a permis aux humanitaires sur place, d'acquérir de l'expérience dans la gestion des épidémies et dans l'organisation d'une campagne vaccinale, entre les activités qui concernaient à contacter le bureau à Paris pour informer de la situation, et les décisions prises dans le cadre de la réponse épidémique: élaboration d'un plan de vaccination, mise au point d'un budget, revue des ressources, acquisition du matériel, mission de sensibilisation, campagne vaccinale, etc. On note de part et d'autre des ONG appelées à agir lors des phénomènes épidémiques une compétition dans la rédaction de notes techniques sorte de canevas déterminant l'orientation de chacun au moment des épidémies. Les logiques d'action peuvent être différentes au moment de l'épidémie de méningite. Il en ressort qu'on ne contrôle pas de la même façon une épidémie de méningite à Keita, à Maradi ou à Niamey selon que le responsable des opérations est une ONG d'urgence, de développement ou encore l'Etat nigérien.

Keita fait parti d'un vaste projet de développement nommé programme Sahel initié en 2008, financé par l'Agence Française pour le développement (AFD) et Europaid concernant trois

pays sahéliens le Mali, le Burkina Faso et le Niger. Le programme Sahel qui a une durée de cinq ans est entré en application à Keita en 2009. Il vise selon ses porteurs à améliorer le paquet de soins de la mère et de l'enfant en renforçant le plaidoyer pour l'exemption des paiements et le développement d'autres alternatives de financement de la santé des plus pauvres. La justification de l'interventionnisme croissant de MDM s'aide de résultats jugés d'une évaluation socio anthropologique qui juge positivement le programme de l'ONG[1]. Une expertise demandée par l'ONG fondée sur une analyse comparative avec une autre zone, Abalak où aucune ONG n'est présente, a mis en valeur les actions de développement entreprises depuis 2007, notamment en termes d'avancées et de changements dans la gratuité des soins. Cette étude menée par un professeur de santé communautaire, enseignant à l'université de Montréal et par deux assistants de recherche du LASDEL, devait servir à mesurer l'impact de l'aide, montrer les changements dans le contexte de redéfinition des critères de financement par les bailleurs tels que l'USAID ou ECHO qui demande des évaluations aux structures qu'ils appuient. Cette étude qui cible le programme de gratuité des soins, nouvelle pierre angulaire de la politique développementiste de l'ONG, a inclus la perception des acteurs de la région de Keita sur le travail de celle-ci, des avis concordants et favorables à l'aide de l'ONG dans l'exemption des paiements. L'étude conclut:

> «Incontestablement, sans la présence de l'ONG dans le district de Keïta, la politique d'exemption du paiement serait certainement aussi défectueuse que ce que nous avons constaté à Abalak...Certes, l'ECD est plus dynamique, mais à elle seule, elle ne pourrait pas véritablement faire la différence dans l'efficacité de la mise en œuvre de la politique. Sans remboursement des soins fournis gratuitement aux populations, la meilleure ECD du Niger ne peut rien faire...La plus value de cette étude qui compare deux districts dans la mise en œuvre de la politique est de montrer combien les aspects logiques et financiers, dans ce cas largement pris en charge par l'ONG, sont essentiels à la réussite de l'exemption[2].»

1 MOHA, M, 2010, Évaluation externe du projet recherche-action-plaidoyer pour une prise en charge à base communautaire des questions de nutrition et de planification familiale.

2 RIDDE, V., DIARRA A., HEINMULLER, R., MOHA, M., op.cit., page 41

Cette conclusion renforce la légitimité de l'ONG, notamment aux yeux des bailleurs, des autorités étatiques, et acteurs politiques et renforce sa position de courtier international du développement.

Par ailleurs la reconfiguration du travail de l'aide suite aux soubresauts politiques et enjeux sécuritaires (coup d'état de février 2010, meurtres et enlèvements de français) conduit à renforcer la position des nationaux au sein de l'ONG ou autres ressortissants de la sous région, mais également pour les ONG à reconsidérer leurs stratégies d'aide. Le travail des humanitaires au niveau local est de plus en plus délégué aux nationaux ou expatriés d'origine africaine, les organisations humanitaires françaises notamment, préférant retenir leurs travailleurs expatriés à Niamey, ou les renvoyer en Europe par mesure de sécurité. On note donc une « désoccidentalisation[1] » du travail humanitaire sur le terrain avec une visibilité de nationaux et de régionaux sur les enjeux de santé dus essentiellement à la montée de la pression terroriste sur la zone, de la politique française mêlée d'agressivité et de repli qui obligent les acteurs de l'aide internationale à reconsidérer leur implication ainsi que le flux de ressources destinées aux populations défavorisées. La perspective ethnographique permet ainsi de rendre compte de l'implication de cette ONG dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la méningite et les paramètres indirects qui y influent.

6.6 Entre faire vivre et laisser mourir ? Les implicites de la prise en charge

« Knowledge is for use, not simply for contemplation, and actors have their own interests that instruments can serve well or ill. » Anderw Pickering, 1992, From science to knowledge to science as practice.

Il a été souligné ailleurs que c'est par le biais d'une comptabilité aussi précise que possible associée à sa chronologie que se base la construction de l'épidémie comme réalité

1 Ce terme est utilisé par les acteurs humanitaires pour caractériser l'africanisation des postes au Sahel et aussi dans une certaine mesure la réflexion au sein de l'ONG d'introduire des acteurs du sud dans le staff à Paris.

épidémiologique, appréhendée comme l'itération de cas, suivant un tableau clinique défini sur un temps et un espace donné.

Le premier cas suspect de Keita fut déclaré à la fin du mois de décembre 2008, ouvrant la saison d'épidémie. Une fillette âgée de neuf ans, Rahiba Mayaki, meurt sans qu'un diagnostic clair ait été établi par le personnel médical. Sa mère "de substitution[1]" ignore si elle est réellement morte de méningite même si, c'est ce diagnostic qui figure dans le cahier d'admission du CSI alors que son prélèvement est négatif. Le lendemain un autre malade est admis, elle est âgée de 22 ans. Son diagnostic établi qu'elle est atteinte de la méningite de sérogroupe A. C'est elle qui déclenche le seuil d'alerte. Dix malades au total sont hospitalisés à la fin de janvier 2009 dont six n'ont pas de diagnostic précis. Ils viennent en majorité des villages environnants. A la même période, le centre de santé de la commune d'Ibohamane, située à dix huit kilomètres de Keita, est « déclaré en épidémie[2]. » La première alerte a été donnée par les autorités du district par téléphone puisqu'il est convenu chaque semaine de signaler tous les cas et même leur absence à la région de Tahoua qui transmet les données à la Direction chargée de la Riposte épidémique de Niamey. Le 27 janvier, pressentant le danger, le coordinateur de MDM présente la situation à un fonctionnaire de l'OMS à Niamey par courrier. Un rapport détaillé avec le nombre de cas, les répartitions, le nombre de décès, les besoins en matériel, tout ce qui compose un plan de riposte épidémique est élaboré par les autorités de santé de la ville et transmis à l'organisation. Keita urbain est déclaré zone d'épidémie de méningite le 1er février 2009. La notification est faite au ministère de la santé. À cette date, l'ensemble du district déclarait 53 malades avec une majorité venant de Ibohamane dont 3 vont décéder. Au niveau de Niamey, le district est considéré en alerte. Pendant deux semaines et demi, c'est le silence. Entre temps, le coordinateur logistique de l'ONG part en mission à l'étranger. Le 9 février, son interlocuteur à l'OMS lui fait savoir que le document n'a jamais été reçu et de renvoyer un autre courriel. Un document avec copie aux agents de la Direction des Statistiques de la Santé et de la Riposte (DSSRE) aux épidémies renvoyé le 19 févier est accompagné d'un mail que le coordinateur de l'ONG signe

[1]La mère de Rahiba est décédée quelques années plutôt et le père s'est remarié, Entretien avec la belle mère, 15 avril 2011

[2] Notes synthétiques DSSRE, semaine 4, janvier 2009

en concluant : «en espérant une réaction aussi diligente que la situation l'exige[1]». Dans son bureau il résume cette situation ainsi :

> «Vous avez carrément entendu le problème, au jour d'aujourd'hui, au Niger, en cas d'épidémie il n'y a pas de consigne stricte, qui on doit prévenir... il n'y a pas de boite mail au SNIS dans laquelle on envoie toutes les informations et tout le monde a accès aux informations. On est encore sur l'envoi à une personne X, Y ou Z mais qui n'est pas forcément là[2].»

Pour le médecin chef du district, suspendu aux réseaux que parviennent à établir le personnel de MDM, la situation est quasi frustrante :

> « Il est important de mener des interventions de proximité et l'ONG est un partenaire privilégié. Nous avons un sentiment de malaise quand on n'a pas un certain pouvoir au niveau central pour régler les problèmes souvent cela frustre de passer sur un interlocuteur (*sic*)[3] ».

Le personnel du district est bien conscient des limites de la communication et des connaissances concernant les moyens d'obtenir des ressources pour organiser la campagne vaccinale. Mettre la main sur les autorités nigériennes qui décident, donnent des vaccins, financent une campagne de vaccination est au cœur des enjeux de maîtrise de la santé des populations exposées au risque épidémique dans un système encore fortement centralisé. Or le centre (le ministère, l'OMS à Niamey) est perçu comme un locuteur lointain parfois hautain et incrédule.

Le 19 février, un personnel de l'OMS répond par mail à l'ONG en ses termes :

> « Je viens de la réunion du comité national de Gestion des épidémies, et la situation a été exposée. Effectivement seul le CSI d'Ibohamane a eu les vaccins et a pu vacciner 70% de sa cible (9977 vaccinés contre population cible de 14 189). Il n'y a pas encore de vaccins remis au CSI Keita urbain. Il a été recommandé d'envoyer rapidement des vaccins pour compléter la

---

[1] Mail confidentiel, MDM, février 2009

[2] Entretien avec le Coordinateur général de l'ONG, Niamey le 27 février 2009

[3] Entretien avec le médecin chef du district, Keita le 11 mars 2009

couverture à Ibohamane et vacciner au CSI Keita. Le MCD devrait se mettre en contact avec la DSSRE pour cet approvisionnement. Bonne journée[1]. »

Au 20 février, 41 personnes ont été hospitalisées au CSI et deux personnes sont mortes. Trois jours plus tard, la DSSRE annonce à l'ECD l'envoi des vaccins. Le 26 février, 40 000 doses de vaccins arrivent au CSI de Keita mais surprise... sans les seringues! Mis au courant par les autorités de santé de Keita, les membres de l'ONG basés à Niamey, demandent une explication au ministère. On leur apprend que l'absence de seringues est due au manque de place dans la voiture et leur interlocuteur de leur prier de patienter étant donné que Keita n'était pas seul dans ce cas, le district voisin est dans la même situation. Cet envoi de vaccins sans seringues est devenu une pratique courante dans la gestion des épidémies de méningite depuis trois ans. On peut assister parfois à des scènes cocasses entre les gens du ministère et des membres d'ONG internationale insistant en réunion que les vaccins partent en même temps que les substances sous l'acquiescement agacé de la directrice de la DSSRE. L'envoi en retard de seringues détachées de leurs vaccins, pose par ailleurs, un problème logistique épineux pour les acteurs locaux. Une fois les messages d'information diffusés pour prévenir de la date, des lieux et de l'heure de la campagne, il est difficile voire impossible de repousser ou revenir sur l'information sous peine de voir la population excédée par ces revirements. Le moindre retard peut faire capoter toute la campagne. Étant donné que les districts n'ont pas de stock d'urgence, il arrive plus souvent que la date de la campagne soit repoussée. En mi février de l'année 2009, des malades continuent à être signalés aux alentours. De 61 victimes le 08 février 2009, on passe à 78 le 15 février pour l'ensemble du district de Keita, l'aire de santé de Fararaat qui est une des dix CSI du district est atteint, l'épidémie se propage. Seul le CSI de Loudou garde le silence et n'envoie pas sa déclaration. Le manque de sérieux de son infirmier est mis en avant par l'épidémiologiste qui recense les notifications dans le tableau des MDO. Le samedi 29 février profitant d'une mission d'évaluation de l'état nutritionnel des enfants du district par ECHO, le personnel humanitaire de MDM récupère les seringues à Niamey et les fait acheminer par 2 jeep de l'Union européenne. La mission met deux jours

[1] Mail confidentiel, MDM, 19 février 2009, 13 :05

pour franchir plus de 700 km, les conditions de sécurité imposent au personnel européen de faire des étapes. L'acheminement des seringues ou vaccins par du personnel expatrié est en lui même problématique dans le contexte qui prévaut. Le voyage aura pris deux jours au lieu d'un, pour respecter les normes de sécurité européenne de ne pas voyager la nuit, compte tenu des enlèvements de plus en plus fréquents. Dans une situation, où les moyens sont souvent mis à disposition par les partenaires européens, jusqu'au transport, combiné aux contingences liées à la situation du pays: insécurité, coupures d'électricité, manque de moyens; la lutte contre les épidémies de méningite dépend de plusieurs facteurs qui peuvent être d'ordre politique, économique ou administratif. L'état des routes et des pistes sont à prendre en compte dans la réponse à une épidémie autant que la dépendance à l'aide humanitaire. La gestion des épidémies se fait par conséquent dans l'improvisation et l'urgence, contraignant les acteurs à inventer au fur et à mesure que les problèmes se posent, des solutions plus ou moins adéquates.

Les vaccinations à Keita vont commencer le 01er mars 2009, soit un mois après que le district ait signalé le début d'une épidémie de méningite. A cette date, le CSI de Keita a reçu 59 malades dont plus de la majorité n'ont pas eu un diagnostic bactériologique. Au niveau du laboratoire, les techniciens précisent qu'ils ne font des analyses que s'ils reçoivent des échantillons. 40 000 doses pour les deux aires de santé touchées sont donc mis à disposition d'Ibohamane et Keita et ceci pour 48 000 personnes. Au niveau du district on souligne que l'année dernière Keita a bel et bien connu une épidémie de méningite à quelques kilomètres à Tamaské, mais que par manque de vaccins, il a fallu procéder à la priorité, circonscrire l'endroit le plus touché. « Cette année l'épidémie a commencé une dizaine de kilomètres plus loin c'est tout[1]. ». L'année 2009, le reste du district n'est pas concerné étant donné la rareté des ressources. C'est étape par étape et territoire en épidémie après territoire en épidémie que la vaccination s'organise. Les moyens fournis par le centre sont le plus souvent en dessous des besoins du district sanitaire mais, faut-il encore que les autorités de Niamey décident de

[1] Un membre de l'ECD, 3 mars 2009

circonscrire l'épidémie par une réponse active. Tidjani Harouna de l'hôpital de district constate :

> « Une situation d'épidémie dans un CSI qui a fait jusqu'à un mois sans réponse! Il faut suivre qui est le responsable, où se trouve le problème. Quand on trouve le problème mais la solution va suivre! Parce que nous, on ne sait même pas en réalité c'est quoi le problème! Nous avons déclaré les cas, on a envoyé, on a prélevé, les informations nécessaires que le CSI doit donner, on les a donnés[1]!»

Un autre interlocuteur fait remarquer que la situation n'est pas nouvelle : « Je vous donne un exemple 2008 : on a demandé des vaccins en mars, on les a reçu en mai ! Résultat : ça entretient l'épidémie[2]. » La question est complexe et peut être relié au statut de l'alerteur. Pour rappel le contexte de 2008 n'est pas favorable aux ONG précisément, or le personnel de MDM- France encore novice dans la gestion de la méningite au Niger interroge le silence de l'Etat nigérien après une première alerte. Faisant office de délégué, l'ONG a prévenu Niamey qui envoie une équipe d'investigation rapide composée des membres du CNGE :

> « En fait moi j'ai trouvé qu'on a eu des difficultés pour avoir des vaccins parce que d'une part le ministère ne nous a pas fait crédit , ne nous a pas cru sur parole, ils ont envoyé un épidémiologiste pour s'assurer qu'on était bien dans une épidémie de méningite autrement dit ni l'équipe cadre, ni la DRSP, ni moi ne suffisaient pour garantir qu'on était bien en épidémie de méningite, ils ont envoyé quelqu'un c'est à dire il faut que quelqu'un vienne de Niamey pour faire son constat et son rapport pour être bien sur que c'est bien cela[3]… »

L'envoi d'une équipe d'investigation de l'épidémie provenant du CNGE se chargeant de confirmer une épidémie de méningite en 2008 est perçu comme une tentative de déni de la parole des acteurs du terrain lorsqu'ils sonnent l'alerte en appelant Niamey. Cette perception est pourtant une confusion sur l'objectif réel inscrit dans la pratique d'une instance peu connue (le groupe d'investigation épidémiologique) à l'échelle locale.

---

1 Entretien avec Tidjani, Infirmier chef du CSI de Keita, 5 mars 2009

2 Entretien avec le médecin chef de district, 11 mars 2009, ce n'est pas Keita qui a été vacciné mais une aire de santé à une dizaine de kilomètres (Tamaské)

3 Ancien coordinateur médical de l'ONG, novembre 2011

En 2009, c'est leur voix qui sera entendue par la pression faite au niveau de l'OMS même si leur statut d'alerteur est conjoncturel, les membres de l'ONG ne sont effectivement pas des alerteurs autorisés c'est à la DRSP à Tahoua de transmettre l'alerte donnée par l'épidémiologiste de Keita. Les sociologues qui ont analysé le statut de l'alerteur affirment qu'il est soit un professionnel du risque soit un délégué chargé de capter les demandes, sollicitations et inquiétudes[1]. Nous sommes à Keita en face des deux cas de figure pour un même acteur. Ce glissement est important à considérer dans la mesure où il donne une configuration à part entière probablement propre au travail de veille et de l'alerte sanitaire au Niger.

La réponse des autorités de santé à Niamey face à une épidémie de méningite est analysée souvent en termes de mauvaise volonté par des membres de l'ONG MDM privés de moyens de compréhension des logiques du CNGE et de la DSSRE. En pratique, on a vu que la mobilisation des ressources n'est pas aisée et qu'il est fait appel à la solidarité internationale pour répondre aux épidémies de méningite. Par ailleurs, les acteurs de santé publique sont contraints d'affecter vaccins, seringues, médicaments et autres produits en fonction des ressources disponibles. Trois semaines après la vaccination à Keita, lors d'une réunion nationale de gestion des épidémies à Niamey pendant laquelle l'accent est mis sur le retard et la disponibilité des ressources, on se souvient de cette précision donnée par un biologiste de l'IRSMI : « Le ravitaillement n'est pas en fonction des besoins mais de la disponibilité[2]. » Par contre, « l'oubli » répétitif des seringues commandés par les partenaires et du matériel de diagnostic mis à disposition par le l'IRSMI en avril 2009 illustrent non pas le manque de ressources ou une incompétence technique. Elle peut résulter à l'échelle de l'Etat de la disjonction entre la délivrance des biens publics et la déontologie, entre l'assistance sanitaire et la raison altruiste[3].

---

[1] Je renvoie à CHATEAURAYNAUD F ET TORNY D, 1999, page 32

[2] Un biologiste de l'IRSMI, le 26 mars 2009

[3] JAFFRE, Y, 2006, pages 101-115. des exemples ne manquent pas comme ce souvenir de 2008 raconté par le coordinateur médical de l'époque : « on nous a donné des informations contradictoires sur le fait que les vaccins étaient disponibles ou pas, personne n'était capable de nous dire oui il y a des vaccins , non il n'y en a pas et finalement, l'UNICEF, quelqu'un qui était à l'UNICEF nous a confirmé que l'UNICEF avait payé des vaccins et que les congélateurs du ministère disposaient bien des vaccins nécessaires c'est comme cela qu'on a su que les vaccins

L'étude du comité national de gestion épidémique a montré que dans les faits, la réponse aux épidémies est plus aléatoire, soumis aux réalités du terrain et aux vicissitudes économiques mais également à une sujétion matérielle des districts face aux institutions. Une affaire laisse planer des accusations graves sur la volonté des autorités du ministère de la santé à répondre promptement aux épidémies de méningite, elle date de l'année 2008 lorsque les responsables du district de Keita peine à avoir des vaccins pour stopper l'épidémie de Tamaské. Au détour d'échanges de correspondance avec une autre ONG spécialisée dans la gestion des épidémies, MDM-France reçoit un mail qui dit :

> « Je viens d'avoir le coordinateur médical de l'ONG X (par moi) au téléphone. Pour lui le MSP (ministère de la santé publique) tente de gagner du temps en ne lâchant les vaccins dont il dispose qu'au compte goutte. Le MSP aurait encore en stock, 700 000 doses mais espère arriver à la saison des pluies sans trop de casse, car ils n'ont pas de budget pour engager les campagnes de vaccination[1]. »

Cette révélation compromettante insinue la dimension d'instrumentalisation des savoirs épidémiologiques, la saison des pluies correspondant effectivement avec l'arrêt de l'épidémie. Je demeure réservée sur une interprétation d'un mail échangé entre deux ONG dont l'auteur du mail a quitté Niamey sans que je puisse l'intercepter sur cette affaire. Y'aurait-il une politique du « faire mourir » autrement dit pourrait-on y voir une stratégie d'exposition de la vie des populations en les envoyant à une mort certaine[2] ? Difficile à confirmer. Par contre, on peut interroger la question de l'attente des autorités publiques après le lancement d'alerte combinée à celle de son incapacité à « déclarer l'épidémie » comme le souligne le médecin de

---

étaient là, on a été mené en bateau le convoyeur, la personne chargée par le ministère de transporter des vaccins, nous a raconté des salades, nous a demandé de l'argent, il ne nous a pas roulé dans la farine mais presque quoi, quand il nous disait, je suis à l'aéroport, au pied de l'avion; les vaccins arrivent alors qu'ils étaient déjà dans le réfrigérateur du ministère, ces genres de choses là et c'est Médecins du Monde qui a payé les transports des vaccins, l'essence, il nous demandait des perdiems de ministre qu'on a refusé de payer et finalement il est allé livré plusieurs districts avant d'aller devant nous, finalement il a du avoir son transport payer plusieurs fois et ça de toute façon on avait pas le choix puisque nous nous pensions qu'il s'agissait d'une urgence on n'était pas en mesure de négocier quoi que ça soit puisqu'il fallait des vaccins. »

1 Mail confidentiel, 28 avril 2008

2 Voir à ce titre Foucault M dans l'analyse du pouvoir du souverain et la mise à mort au 18 ème siècle, FOUCAULT M, 1976

l'hôpital de Niamey en réunion du CNGE demandant si la DSSRE allait enfin admettre que Niamey était en épidémie depuis longtemps. Lorsque la question est posée à savoir si le ministère reconnaît cette pratique citée plus haut, les autorités en charge de la préparation aux épidémies dénoncent une calomnie et orientent la faute vers leurs partenaires qui ne délivreraient pas à temps les ressources promises et qui les conduiraient à attendre. Si d'aucune manière ils ne reconnaissent cette stratégie « machiavélique » d'attendre l'arrivée des pluies « sans trop de casse », l'intention qui est prêtée aux autorités du MSP n'est guère en leur faveur. Une stratégie non interventionniste délibérée est-elle mise en œuvre en temps d'épidémie ? Les savoirs épidémiologiques sur l'interaction entre climat et épidémie de méningite est il réellement instrumentalisé par un pouvoir à moyens limités qui ne veut pas perdre sa légitimité en entreprenant des actions de contrôle de la maladie qui ne s'étendront que sur une minuscule partie de la population exposée? Les observations sur le terrain ne peuvent corroborer ce discours d'instrumentalisation, elle résulte d'une interprétation des acteurs d'urgence qui n'est pas vérifiée dans les faits et qui ne peut être conceptualisée de la sorte.

Pendant une campagne de vaccination plusieurs difficultés peuvent retarder le calendrier fixé en amont. Le personnel de MDM méconnaît en 2008 le circuit des vaccins antiméningococciques, les procédures complexes qui entourent la gestion des épidémies, les décideurs compétents en charge de la méningite (ce qui les ont emmenés à par exemple s'adresser directement à l'OMS faute d'identifier les interlocuteurs compétents). En 2009, si pour les protagonistes il ne s'agit pas de redouter le même scénario, il convient de demeurer vigilant contre ce qu'ici ignorant l'imaginaire lapeyssonnien de la méningite, on appelle aussi le « feu de brousse[1] ». « On entretient un feu qui s'échappe » répète le médecin chef de Keita et ceci est d'autant plus flagrant, qu'après Tamaské, c'est autour de Keita centre et des villages environnants. Pour les autorités sanitaires de la ville, cette sélectivité est d'autant plus incompréhensible que l'on ignore le processus par lequel il s'effectue et les mécanismes qui règlent l'attribution et la circulation des vaccins contre la méningite. Ce que l'on sait en

1 Médecin chef du district, 11 mars 2009

contrepartie, c'est qu'en période d'épidémie de méningite, les vaccins ainsi que tout ce qui concerne la prise en charge sont un bien rare.

6.7 Pratiques autour de la vaccination

"En DIEU nous y croyons. SVP, pour toutes les autres choses montrez nous des données[1]*."*

Les campagnes vaccinales sont des occasions privilégiées pour comprendre les différents enjeux autour de la pratique de la vaccination, des jeux d'acteurs et de pouvoir, ceci d'autant plus que, la vaccination est un important dispositif autour duquel, les controverses sur la méningite se sont ancrées sans la prise en considération des représentations populaires. Or celles-ci sont également légitimes dans la définition du problème et la manière dont doit être envisagée l'action de santé publique. Dans quelle mesure ? Les populations sont autant focalisées sur la dimension collective de la maladie que sensible aux choix épidémiologiques qui les concernent directement.

Les campagnes de vaccination contre la méningite sont des moments d'effervescence dans le district sanitaire autant que d'angoisse. Plusieurs témoignages ont mis l'accent sur l'adhésion massive des populations liée à la peur d'une maladie mortelle. Le chef de canton rappelle que : « la méningite tue et rapidement[2] ». Ce rapport de la méningite à la peur est conceptualisée en terme de *s'ɔoroo* en haoussa. Je reviendrai plus longuement sur cette entité et sur son lien avec l'étiologie populaire. L'observation empirique nous donne en effet le spectacle de campagne vaccinale à succès, vu les bousculades, les longues files d'attente, les groupes entiers qui se déplacent pour rejoindre un point de vaccination. Les épidémies créent du désordre social, une mise en abîme du monde et en même temps l'espoir que de l'ordre sera mis autant dans les corps que dans la société éprouvée. La gestion qui est faite autour de

---

1Note sur une porte du bureau du chef CSI de Keita qui dénote de la tyrannie des chiffres concernant la santé publique au Niger

2 Entretien avec le chef de canton, Keita, le 18 mars 2009

la méningite pour réguler ce désordre n'est pas que le fait de l'autorité publique. Elle se manifeste dans les actions de solidarité entre individus qui se nouent à plusieurs niveaux. Pendant les séances de vaccination, les collégiens assurent eux mêmes l'ordre dans les rangs, les chefs de village apportent la nourriture aux vaccinateurs qui sont leurs invités. Plusieurs membres de la société contribuent à la campagne vaccinale. Le succès des campagnes ne peut être assuré qu'avec l'adhésion du groupe social. Des lieux publics qui sont des points de ralliement pour le groupe, facilitent la pratique vaccinale. Ils concernent les lieux de sociabilité tels que les écoles et les marchés mais également les centres de santé et les cours des cases des chefs. Les considérations pratiques qui découlent de ce choix, sont que ces lieux sont le point de convergence de la population étant donné que ce sont des lieux d'activités sociales, de partage et d'échanges intenses entre des individus de sexe et d'âge différent. Il est enfin plus aisé de les repérer lors d'une campagne d'information qui précède les séances de vaccination.

Il existe une population cible pour la vaccination qui se situe entre 2 et 29 ans. Cependant, d'après les recommandations de l'OMS, ce ciblage doit être laissé à l'appréciation des pays touchés par la maladie, qui doivent construire la tranche d'âge à vacciner en fonction des réalités épidémiologiques nées d'investigations primaires faites en début d'épidémie. Ce consigne n'est pas suivi en l'absence de travaux et d'analyse sur les groupes d'âge touchés chaque année, de ce fait le ciblage classique des 2-29 ans est la norme depuis quelques années. Lorsque les équipes de vaccination composées de bénévoles, stagiaires et personnel de santé descendent sur le terrain, les consignes sont claires: il ne faut pas vacciner au delà de la tranche d'âge. La confrontation à la réalité donne alors une population dont une très grande majorité ignore son âge, sourit quand on le leur demande, des vieillards et adultes résolus à se faire vacciner, des vaccinateurs décidés à réduire les conflits et à ne pas contrarier une population enthousiasmée par la campagne et craintive par rapport aux ravages de la maladie, qui ne comprendraient pas leur exclusion ou le prendraient mal. Les personnes âgées qui se présentent sont vaccinées du moment où on se contente d'évaluer leur âge en fonction de la cible imposée. Durant la campagne, des adultes âgés d'une cinquantaine d'années réellement reconduits m'ont apostrophée :

> « Comment se fait-il donc que l'on refuse de nous vacciner ? La méningite est dangereuse nous aussi nous la craignons et pouvons en mourir ou est ce que les vieux sont inutiles ? Il faudra dire à ceux de Niamey, que nous aussi nous voulons nous vacciner[1]. »

Le ciblage de la population est en réalité largement inappliqué dans le contexte épidémique, où la psychose s'installe très vite. Certains vaccinateurs refusent de devoir gérer une fronde populaire en cas de sélection. La pression sociale est si forte que les équipes de santé préfèrent obéir à un principe d'équité plutôt qu'à des considérations épidémiologiques. Cela peut poser des problèmes de pression sur les ressources, au même moment, une note de l'OMS estimait à 4 747 847, le nombre de doses de vaccins commandés par le Niger et ses partenaires. Seuls 16% sont disponibles au 22 mars 2009[2]. Le district de Keita a adressé une demande de 70 201 doses de vaccins pour n'obtenir que la moitié en fin février[3], donc un nombre bien en dessus des besoins réels.

D'un autre côté, la perception du risque n'est pas la même partout. Quelques vaccinateurs interrogés n'ont pas reçu d'injection eux-mêmes et négligent leur propre sécurité. Ce sont de jeunes « bénévoles » recrutés à la dernière minute qui ne sont pas en général prémunis et maîtrisent mal les modalités de transmission. La question est prise avec légèreté avec un sourire comme si côtoyer la santé prémunissait de la mort. Les injections se font en un rythme effréné, les vaccinateurs ne prennent quasiment pas la peine de relever la tête, assaillis et débordés, le pointeur se contente de mettre une croix machinalement sur sa feuille.

Il peut exister des refus à la vaccination, ils sont marginaux et plutôt anecdotiques. Le cas le plus significatif est celui d'un chef de village qui se sentant offensé que les équipes vaccinales ne se soient pas déplacées jusqu'à son village situé sur une colline difficile d'accès a pris en otage les populations en leur demandant de boycotter la campagne et de ne pas se rendre au village voisin qui avait été pris comme lieu de rassemblement. Quoique ce boycott ait un sens politique étant donné que les deux villages sont en rivalité depuis des années, il donne

---

1 Paroles de personnes âgées en groupe, conversation avec l'anthropologue prise à parti, Keita 10 mars 2009
2 Point de la situation épidémiologique au Niger le 17 mars 2009, Note OMS Niger
3 Plan de risposte Ibohamane et Keita, document interne CSI de Keita

l'ampleur de l'emprise de l'autorité traditionnelle sur les corps. La société haoussa est très hiérarchisée. Le chef de village (*maï gari*) contrôle les terres et souvent les hommes, son pouvoir est héréditaire et reconnu par l'administration car c'est lui qui est chargé de prélever les impôts pour l'Etat.

D'anciens migrants ont également refusé de se vacciner à Keita centre. Les jeunes hommes ont évoqué la risibilité d'une situation qui conduit à faire la queue derrière femmes et enfants pour « se faire piquer[1] ». Le refus vaccinal est ici posé en attitude guerrière, de défiance et signe une volonté de se démarquer de la masse consentante. Les quelques migrants ayant refusé de se déplacer pour se vacciner, considèrent que l'acte de faire la queue derrière les femmes et les enfants est une attitude non virile. Par ailleurs, la plupart ne voit pas l'utilité de se faire vacciner. Certains migrants de retour essaient de démarquer des "sédentaires" considérés comme étant des ignorants qui n'ont jamais voyagé et tentent d'être à contre courant des attitudes populaires. Leur non adhésion est une forme de contre pouvoir à la vaccination perçue comme un acte d'effraction et une entrave à leur corps. Leur expérience de l'ailleurs, la ville, les affranchit en quelque sorte d'un marquage collectif dont ils prennent leur distance. Le refus de la vaccination marque des figures de la distinction, comme si le pouvoir du nomadisme et du voyage, la certitude d'une expérience de l'ailleurs conférait une protection symbolique. En réaction les habitants de Keita qui n'ont pas connu les grands voyages disent que les migrants se croient parfois au dessus des autres[2]. Jean Jacques Bertrand & Pierre Saliou rappellent que la vaccination est souvent proposée ou imposée ce qui en fait un « acte paradoxale » : « Au droit du groupe de se protéger s'oppose le droit de l'individu de disposer de son corps[3].» Un seul migrant avait accepté de se vacciner sous les huées de ses camarades à qui il a répondu : « *Allah ya tché tachi in tayaka* » qui peut être traduit littéralement : « Dieu dit lève toi et je t'aide » et qui correspond au proverbe : « Aide toi et le ciel t'aidera ». Il a expliqué son acte par la peur envers la méningite, par contre le vaccin a été perçu par le jeune homme comme une protection à durée infinie même s'il faut considère t-il,

---

[1] Entretien focus groupe avec des jeunes migrants de retour, village de Kirari, mars 2009

[2] Conversation avec mon interprète, Keita mars 2009

3BERTRAND J-J& SALIOU, P, 2006, page186

le renouveler à chaque campagne vaccinale. Keita est marqué par une importante histoire migratoire. Ces migrations sont accomplies majoritairement pour raison alimentaire. Elles ont des enracinements lointains et avaient déjà cours pendant la période coloniale, elles se sont intensifiées dans les années 1980 avec la récession économique au Niger et la baisse des revenus provenant de la vente de l'uranium[1]. Il est fréquent de voir huit mois par an en moyenne, une partie de la population masculine âgée de 18 à 35 ans s'absenter pour chercher du travail essentiellement dans la zone urbaine de Niamey qui peut être un lieu de transit mais aussi de destination ainsi que dans les zones côtières de la sous région: Nigeria, Bénin, Libye et Côte d'ivoire avant la crise des années 2000. Ces courants migratoires peuvent en effet, être influencés par le contexte politique des régions de destination, comme pour la Côte d'ivoire et aujourd'hui la Libye. D'autres migrations plus récentes s'organisent vers l'international : aux Etats-Unis et en Arabie Saoudite[2]. Une bonne partie de la région de Tahoua est pourvoyeuse de main d'œuvre des villes côtières, les migrants ont une préférence pour les zones urbaines. Cependant dans la zone de Keita, la plupart des migrants appelés « exodants » ont pour destination privilégiée, la Libye en période creuse, ou encore l'Algérie. Il est évident qu'avec le contexte politique mouvementé des pays du Maghreb, la dynamique migratoire est en train fortement de se modifier, d'importants mouvements de retour ont été observés dans le département de Keita, ce qui augmente le poids du chômage dans la région ainsi que la pression sur les moyens de subsistance. Si les migrants constituent « les échappés de la vaccination[3] » au Niger du fait de leur mobilité et que les agents du ministère de la santé autant que les membres d'ONG déplorent la difficulté d'avoir accès à ces types de populations, il n'est pas fait mention dans la littérature ni dans les témoignages des acteurs de santé, des migrants de retour refusant la vaccination. Ils véhiculent pourtant une image de diffuseurs de pathogènes, avec la guerre en Lybie et leur retour dans le nord d'Agadez, j'ai pu observer qu'ils étaient systématiquement isolés notamment à cause des explosions d'épidémie

1RAYNAUT J-C et SOULEYMANE ABBA, 1990

2 Voir à ce titre FLORENCE BOYER et HAROUNA MOUNKAILA, 2009, Le Niger, espace d'émigration et de transit vers le Sud et le Nord du Sahara. Rôle et comportements des acteurs, recompositions spatiales et transformations socio-économiques, page 6

3 Terme employé par un fonctionnaire de l'OMS Niger

de rougeole chez les arrivants et écouter certains agents de la mairie proposer de les repousser aux frontières de la ville[1].

D'autres comportements se donnent à voir lors des séances de vaccination. Des postures d'évitement à l'approche de l'*allura*, la piqûre, d'adhésion, de refus ou de résistance se déclinent chez les jeunes qui constituent la majorité écrasante des vaccinés, durant l'enquête de terrain. Les perceptions autour de la pratique vaccinale sont diversifiées. Chez les plus jeunes, tendre un frêle bras pour se faire vacciner relève d'une attitude de bravoure, c'est prouver sa capacité de résister à la douleur, c'est éviter d'être la risée des camarades qui sont derrière et qui vous poussent et vous lancent un défi à relever. La vaccination, revêt la caractéristique d'un rite de passage chez les jeunes, tandis que les personnes âgées qui ont été interrogées, perçoivent le liquide vaccinal comme une substance destinée à tonifier le sang, redonner la force pour qu'elles ne tombent plus malades. Cette efficacité quasi thérapeutique accordée à la piqûre a été soulignée par Abdoua El Hadj Dagobi dans ses études consacrées aux songhay du fleuve Niger[2] qui souligne que les populations perçoivent l'efficacité du vaccin en lien avec « ce qui entre dans le corps » qui est en quelque sorte un « plus ». Les interprétations que donnent les populations sur les pratiques de vaccination découlent de leur propre perception. C'est le terme *shawshawa* qui signifie la pratique de la saignée chez les adérawa, qui sert à désigner la vaccination. Celle ci est aussi indiquée par le nom de l'instrument, *allura*. Les personnes interrogées sont en attente d'une efficacité après la vaccination, si elle tonifie le sang chez les personnes âgées, d'autres estiment que le vaccin rend plus fort, qu'ils en sentent les effets au niveau du bras piqué, plus dégourdi que l'autre qui n'a pas reçu d'injection. Dans les représentations, le vaccin est un objet qui donne le *al hairi* (ce qui procure le bien être). Plusieurs interprétations autour du vaccin lui donnent un pouvoir roboratif, ce qui pousse à dire que le vaccin c'est la santé. Pour d'autres adultes, il permet de se prémunir. La vaccination est surtout vue comme une action préventive, *rigakayi* : « si tu te vaccines la méningite ne peut pas entrer en toi[3].» D'autres lui attribuent une

1 Agadez, notes de terrain, avril 2011

2ABDOUA EL HADJ DAGOBI, 2003, pages 296-310

3Une femme de Keita âgée de 34 ans, février 2010

efficacité relative. Elle permet pour eux, d'avoir moins mal lorsqu'ils tombent malades. La vaccination est aussi pour beaucoup de nos interlocuteurs l'événement expérimental qui signale que la méningite est dans le village, que désormais on peut tomber malade, que c'est *anoba*, l'épidémie, et qu'il faut se protéger. L'ampleur de la maladie, sa forme épidémique revêt une conception émique qui traduit son apparition en un temps donné et sa transmissibilité[1]. Cet événement expérimental permet de penser le phénomène collectif d'épidémie et d'organiser un mouvement collectif de santé publique. Pour ceux qui ne sont pas malades, la vaccination est alerte et sensibilisation au risque, elle est signe du pathos mais aussi de ce qui le rend réversible : le vaccin. La mobilisation des populations à travers la vaccination et celle du *sarkï* qui met à disposition sa cour, détermine l'attention portée à la maladie. Pour les interlocuteurs, la méningite fait problème autrement personne ne se précipiterait pour se vacciner. « Nous ne voyons qu'un ignorant ou un fou pour refuser de se vacciner[2] » répondent quelques uns à qui mon interprète et moi avons demandé s'ils avaient déjà refusé ou connu une personne refusant de se vacciner contre la méningite. Les personnes qui ont été interrogées durant les entretiens ont tous entendu parler de la méningite au moins une fois dans leur vie. Les connaissances dont disposent nos interlocuteurs dépendent fortement de l'expérience qu'ils ont eue. Plusieurs personnes ont déjà eu la méningite quelques années avant l'entretien tandis que la majorité des gens interrogés ont déjà connu une épouse, un frère ou un fils décédé de la maladie ou un proche qui en a souffert. En conséquent, la méningite est à Keita, une maladie courante au même titre que le paludisme ou le choléra, mais elle n'est pas perçue de la même façon dans la mesure où on ne note pas une entreprise de banalisation ou une gestion légère de la maladie. Une personne soupçonnée d'être atteinte de la méningite, n'est par exemple jamais gardée à la maison alors qu'auparavant lorsqu'il n'y avait pas encore de dispensaire, celui qui contractait la maladie était perçu comme étant "perdu". Passé, deux jours, les populations estimaient que le malade est sauvé. La méningite soumet les populations à l'expérience empirique ce qui n'est pas le cas de maladies paralysantes comme la poliomyélite dont certains se taguent de

1Cf infra

[2] Conversation informelle avec des malades du CSI de Keita, 3 février 2010

refuser le vaccin parce que la maladie est méconnue ici comme à l'extérieur du pays, notamment dans la zone de Ngourti. Des témoignages de seconde main recueillies dans cette zone décrivent d'ailleurs des populations de campement refusant le vaccin polio à cause du caractère méconnu de la maladie mais également parce que les populations reprochaient aux équipes de passage de ne pas avoir secouru des familles disparues lors de la saison de la méningite d'années précédentes[1]. La méningite est par conséquent un problème dans la mesure où elle est objet de connaissances et de préoccupation chez les populations qui adhèrent *de facto* aux activités de santé publique.

Il apparaît que différentes rationalités président à la vaccination contre la méningite et qui dépendent des perceptions souvent de peur autour de la maladie mais peuvent aussi résulter de méconnaissance du risque comme chez les migrants. Ensuite certaines normes de santé publique ne sont pas recevables, comme le fait de vacciner seulement en fonction de la cible, la rationalité épidémiologique entrant en conflit avec des considérations sociales et éthiques ou une volonté symbolique comme celle de vacciner le chef de village déjà âgé d'une soixantaine d'années pour encourager l'adhésion du groupe.

6.8 Les responsables administratifs, les chefs traditionnels et coutumiers et les relais communautaires

Le domicile des chefs peut servir en outre de point de départ et de rencontre lors des vaccinations. Ils sont associés par les autorités médicales du département, aux activités de santé publique lors des réunions, pour les messages de diffusion de la prévention, ou pendant des grandes démonstrations d'action sanitaire, telles que les campagnes vaccinales. La position privilégiée du préfet et du chef de canton dans la hiérarchie administrative et traditionnelle, leur leadership, sont utilisés pour véhiculer les messages et les faire accepter par les populations. Certains chefs comme celui du canton de Keita, assument des prérogatives administratives et ont été nommés par l'État; leur rétribution provient

[1] Témoignage de l'anthropologue du pastoralisme, Yolaine Ferrier, avril 2010

essentiellement d'un pourcentage de l'impôt qu'ils sont chargés de collecter. Leur nomination se fait par le suffrage des chefs de village qui font parti du département de Keita.
Le chef de canton définit ainsi sa fonction:

> « Le statut de la chefferie, on dit que c'est le trait d'union entre la population et l'administration, tout ce qui concerne la population, nos administrés; l'administration d'abord nous avertit et c'est à nous d'informer, d'éduquer et surtout de sensibiliser cette population à participer que cela soit dans le domaine du développement, du social et du culturel[1]. »

La chefferie traditionnelle est un important relais, les responsables véhiculent certains messages de santé qui sont écoutés du fait de leur renommée. Leur investissement est néanmoins salarié. Ceux qui sont conviés dans des réunions de santé publique reçoivent per-diem et véhicule de déplacement et ont au niveau de l'indemnisation, le même statut que le médecin, puisqu'ils sont associés à la rubrique cadre dans les fiches de mission. Il est difficile de dire si la suppression du système de gratification qui est assujettie à la plupart des actions de santé publique au Niger, donnerait autant d'investissement de la part des chefs locaux perçus négativement par les fonctionnaires qui viennent d'autres régions du pays qui estiment que ce sont des gens qui « sont payés pour ne rien faire[2] ».

Contrairement à la chefferie traditionnelle, les autres élus locaux ne s'approprient que peu des questions de santé publique. Ils ont un rapport plutôt distant et interviennent qu'occasionnellement s'ils sont sollicités par les partenaires ou pour motif électoral. Ceci révèle de la faiblesse de la décentralisation de l'action publique. Par ailleurs, malgré leurs efforts, les collectivités locales ne disposent que de peu de moyens en matière de santé, ceci du fait de la difficulté à collecter l'impôt. Le plan de développement sanitaire doit recourir à des financements de partenaires étrangers pour compléter l'allocation de l'État ainsi que les revenus de la collectivité alloués aux activités de santé publique. Cependant, la question de la

[1] Le chef de canton, op cit

[2] Entretien informel avec l'infirmier chef CSI, Keita avril 2011

santé ne semble pas pour autant être un enjeu politique pour les élus. Ils ne s'illustrent dans cette question souvent que par jeu électoral ou pendant des cérémonies protocolaires à l'occasion de la visite du ministre de la santé dans le district par exemple.

Les discours sur la santé que les élus mobilisent, concernaient en majeure partie le Programme Spécial du Président. Des fonds provenant de ce programme ont été investis dans la construction de structures de santé sans que les ministères concernés n'y soient associés. Malgré la personnification et instrumentalisation qui en a été faite à des fins électorales, le PSP a servi à mettre en place des cases de santé à travers tout le pays[1].

Néanmoins Keita a connu pendant cinq ans un maire, ancien infirmier d'état qui a été nommé grâce à une alliance entre partis politiques. Il est d'ailleurs intéressant de voir qu'il associe à priori, sa nomination à la défense d'un meilleur accès aux soins aux populations défavorisées qu'il aurait favorisé, argument qui peut faire sourire. Son opposition supposée au système de recouvrement de coût et son désir d'équité des soins, argument démenti par le personnel de santé de Keita et le personnel de MDM, a servi d'explication à posteriori de son engagement en tant que maire de Keita durant l'entretien[2]. Les réactions extérieures à ses propos laissent penser à un écart entre l'intention grandiloquente et la réalité durant son mandat. Il a fallu par exemple, après le putsch, l'accès d'un militaire, nommé par le Conseil supérieur pour la restauration de la démocratie (CSRD) comme maire de Keita, pour que la revendication des manœuvres du CSI soit entendue, et que pour la première fois leurs activités soient rémunérées.

L'implication des autorités politiques et traditionnelles est stratégique pour légitimer et crédibiliser les campagnes vaccinales qui peuvent connaître certains remous notamment lorsque les autorités traditionnelles du Nigeria ont encouragé le boycott de la vaccination contre la poliomyélite et que ce refus de la vaccination a eu des résonances à Maradi au Niger

[1] Cf travaux de PHILIPE LAVIGNE DELVILLE & ABDELKADER AGHALI, A cheval donné on ne regarde pas les dents : les mécanismes et les impacts de l'aide vus par les praticiens au Niger, Niamey, LASDEL, 2010, 113 pages

[2] Entretien avec l'ex maire de Keita, avril 2011

obligeant l'ex président Mamadou Tandja à jurer sur le coran de l'innocuité des vaccins1. De ce fait, la participation de ces autorités dans le processus de prévention est essentielle et demeure une question politique même si à Keita, elle peut relever d'une intervention intéressée et s'adosse à des garantis pécuniaires.

Un autre système de configuration qui concerne des catégories du sens commun, consisterai à voir le versant populaire de la maladie dans le système culturel et religieux des Haoussas de Keita. En effet qu'en est-il du système étiologique et thérapeutique haoussa, des conceptions de la méningite ? Sommes nous en face d'une co-construction, d'une co-production de savoirs et de pratiques ou à des systèmes qui s'excluent ?

1 Les faits se sont déroulés en 2006. Le chef de canton de Keita m'a appris dans un entretien que cette affaire avait conduit à une consultation entre chefs traditionnels du Niger et du Nigeria à Kano. Entretien avec le chef de canton de Keita, 16 mars 2009

Chapitre 7. Conceptions populaires autour de la méningite. Éléments pour une anthropologie de la méningite chez les Haoussas de l'Ader

En anthropologie, deux auteurs se sont penchés d'une manière marginale sur les conceptions populaires autour de la méningite. Les deux contributions proviennent du même ouvrage dédié aux « maladies de passage » et dirigés par Yannick Jaffré et Doris Bonnet. Les « maladies de passage » sont des pathologies qui font appel à la notion de transmission ce qui est le cas de la méningite. Les deux études s'inscrivent dans une anthropologie de la maladie classique qui s'intéresse à la nosologie et aux conceptions de la maladie. En premier, El Hadj. A. Dagobi du Niger, ne fait qu'une brève allusion à la méningite chez les songhay et les zarma de la région du fleuve en insistant sur la peur suscitée par celle-ci chez les populations locales. Son étude porte plus précisément sur la perception autour des maladies épidémiques que sur la méningite. Enfin, André Soubeiga souligne la rareté des travaux en sciences sociales sur la méningite, malgré son importance épidémiologique[1]. Il dresse les savoirs et les conceptions de cette maladie chez les Mossi du Burkina Faso. Le travail de A Soubeiga apporte une contribution sur la sémiologie populaire. Plusieurs similarités ont été notées entre les conceptions Haoussa et Mossi notamment sur le plan étiologique (J'y reviendrai). Une part importante du discours sur la méningite tourne autour des conceptions de la maladie. Par ailleurs, les populations n'ont pas les mêmes discours et les mêmes préoccupations que les épidémiologistes. L'analyse des discours sur la maladie est donc une contribution à une anthropologie de la maladie en milieu haoussa.

7.1 L'environnement coupable ou une « maladie de passage » nommée *dan-sankarau*

Le *dan-sankarau* est l'entité nosologique populaire qui désigne dans la langue haoussa, la méningite. Le *dan* est une locution qui permet de faire des mots composés grâce à la particule

1ANDRE SOUBEIGA, ibid, pages 279-294

d'annexion -. La traduction littérale du *ɗan* si l'on se réfère au dictionnaire de la langue haoussa de l'Ader donne le fils, l'homme[1] . Le terme *sankarau* quant à lui est absent du lexique. Pour en donner la description, nos enquêtés n'hésitent pas à mettre en scène leur propre corps, en reproduisant une rigidité quasi cadavérique. Lorsqu'ils discutent de la maladie, plusieurs idiomes tendent plutôt vers la description de l'immobilité, de ce qui est fixe. Les expressions "cou qui s'immobilise" (*wuyàa ci sankarau*), "cou sec" (*kangariwa*), *ciyòo wuyàa* (douleur de dos*)*, "corps sec", désignent le signe révélateur de la maladie (illness) chez les populations de Keita. Elles convergent toutes vers le symptôme populaire, la raideur de la nuque. Ce signe est individualisé pour désigner la pathologie. La traduction littérale du *ɗan-sankarau* donne dans sa version simplifiée, l'homme immobile. Comme la plupart des maladies nommées dans les aires culturelles de l'Afrique de l'Ouest, *sankarau* relèverait d'un symptôme massif[2] qui a orienté l'interprétation des haoussas. Le terme *sankarau* renvoie à la raideur, la rigidité d'un corps qui ne nous obéit plus. Ce terme émique est révélateur d'une façon de voir la maladie et du rapport au corps souffrant. Plusieurs de nos interlocuteurs ont observé avec précision les signes du corps du méningitique et développe un langage désignant des symptômes fort denses. En contact avec la maladie depuis des décennies, ils donnent une profusion de détails qui ont trait à la posture du malade:

- Il ne peut pas lever les jambes.
- ll tombe en arrière souvent.
- Lorsque le malade se soulève, il faut qu'il lève les jambes.
- *ɗan-sankarau*, c'est une maladie qui te tire par le dos.
- le cou est tiré (ou va) en arrière (*wuyàa ne yayi bāyā)*.
- la maladie attrape le cou et le ramène derrière (*wuyàa shekari rikewa she maï daci bāyà*)

La difficulté de se tenir sur ses jambes et de plier le dos, les délires du malade, les vomissements sont d'autres symptômes dont font état les populations.

1 CARON B, 1991.

2Voir JAFFRE Y, 1999, page 43

Le terme *sankarau* renvoie donc à la difformité, la disharmonie, la rigidité d'un corps qui ne suit plus. Pour décrire la maladie, les enquêtés n'hésitent pas à mettre en scène leur propre corps, en reproduisant une rigidité quasi cadavérique ou l'agitation du malade. La rigidité du cou (*wuyàa ci sankarau*) est le signe qui ne trompe pas et signale la présence de *ɗan -sankarau*. Ce signe est celui qui détermine le recours aux soins, les populations estimant que dès que "ça attrape le cou", il faut agir vite, il s'agit en général du *ɗan-sankarau*. D'autres idiomes conventionnels s'attachent à décrire les sensations qui surviennent lorsqu'on a le *ɗan-sankarau,* cela chauffe (*zahii giki* ou *zahii korey)*, sensation qui n'a pas son pareil selon nos interlocuteurs puisque l'ensemble du corps est douloureux (*ciyòo jiki da agana*) et que l'intensité de la douleur dépasse les symptômes regroupés sous le vocable de *massassara* qui désigne le corps chaud et qui peut inclure le paludisme. Lorsqu'il s'agit de *ɗan-sankarau,* la douleur ne descend pas (*ciyòo wankay be sabka).* Elle est constante, entêtante et non évolutive, elle stagne.

Un autre symptôme de la maladie concerne ce que le locuteur haoussaphone de Keita désigne sous le terme de *ciyòo wankey* (mal de tête), cette localisation anatomique au niveau de la tête désigne une douleur intense selon les personnes qui ont eu l'expérience pathologique. Pour faire la différence entre un banal *ciyòo wankey* et le *ɗan-sankarau*, nos interlocuteurs ont besoin d'affiner leur diagnostic par le biais d'observations leur révélant des signes qui permettent la distinction, notamment la raideur du cou. En l'absence de ce signe, le diagnostic s'oriente vers d'autres afflictions. Les signes de la maladie et la remémoration de la douleur font toujours l'objet d'exclamations circonstancielles pour souligner l'intensité de la sensation dans le passé. Il est évident que les populations ayant fait l'expérience du *ɗan-sankarau* ont une description plus poussée de la pathologie. Les détails donnés par les enquêtés sont puisés dans l'observation du corps d'un proche malade ou sont influencés par le discours populaire. Par ailleurs, on a pu voir que les campagnes d'information antérieures ont façonné les indications de la symptomatologie notamment la raideur de la nuque qui est devenue une conception populaire partagée par beaucoup.

Certains ont des savoirs plus précis sur la pathologie qui témoignent probablement d'appréhensions communes entre la biomédecine et la médecine traditionnelle. Younoussi

Maïna du quartier d'Idewaran qui a deux attributs celui de *boka* qui désigne un guérisseur qui soigne par les plantes et *Malam* qui désigne un marabout utilisant le coran, affirme que la méningite atteint la moelle épinière *(laka)* ainsi que le *ruwa* (l'eau) située au niveau de la colonne vertébrale (*gangariya*). Lorsque le *laka* est atteint, le malade délire et devient fou[1]. Pour la plupart des enquêtés, principalement les femmes, le méningitique est quelqu'un qui est malade de son "eau du cou" qui est pollué par conséquent lorsque le médecin tire l'eau, le malade est guéri. Certains soignants relatent avec une pointe d'ironie, l'épisode de malades qui avaient disparu après une ponction lombaire avant de recevoir un antibiotique. Le traitement en outre ne s'évalue qu'à l'aune de l'utilisation de la piqûre, étant donné que pendant la ponction lombaire on utilise une seringue, il n'y a qu'un pas, que les populations n'hésitent pas à franchir en associant le diagnostic, à un acte thérapeutique. La croyance populaire situe l'infection au niveau de cette "eau du dos", en l'extrayant, ils estiment que le *mai likita* (le soignant), leur sauve la vie. Inversement, l'absence de diagnostic par ponction lombaire autorise certains malades à suggérer d'autres causalités. L'interprétation de la maladie est libre en l'absence de dialogue entre le médecin et le malade.

En dehors des signes de la maladie, le discours étiologique mobilise différentes interprétations qui soulignent l'interconnexion entre le *ɗan-sankarau* et l'environnement. Nos interlocuteurs estiment que la méningite est causée par trois entités extérieures *sanyii* qui désigne la fraîcheur*, zahii,* la chaleur et *Iskāa,* le vent. Mais l'interprétation étiologique est plus complexe. *Sanyii et zahii* sont le plus souvent cités ensemble et sans distinction dans l'imputation causale. Il est admis que c'est la forte chaleur causée par le soleil (*rānā*) qui chauffe la tête et donne la maladie, mais qu'également l'effet combiné de *zahii* et de *sanyii*, plus précisément la variation de température entre les deux entités peut provoquer le *ɗan-sankarau*. *Zahii* est une entité qui regroupe plusieurs pathologies à la fois telles que les diarrhées, la méningite, les hémorroïdes. Les populations en donnent des conceptions variées mais si *rānā* est la cause de *zahii*, mon hypothèse est que *zahii* est plus un symptôme (lorsqu'elle n'est pas la cause) qu'une maladie, une sensation de chaleur, signe avant coureur

1Entretien avec Malam Younoussi Maïna, Keita, le 19 mars 2011

d'une pathologie ce qui fait qu'il est impliqué dans plusieurs maladies aussi différentes que celles citées plus haut. Le *ɗan-sankarau* est par ailleurs, "la maladie qui a un temps". Ce temps est celui du *lokaci zahii* (le temps de la chaleur), *ɗan-sankarau zahiini* ou de *rani,* entre mars et mai, c'est la saison sèche et chaude. Le temps de l'épidémie est situé entre le mois de mars et avril, précisément la période où le pic est atteint. Ce qui permet de faire l'hypothèse que la perception d'une expérience collective de la maladie est liée à l'ampleur du phénomène épidémique et à la récurrence des cas. Une saison épidémique est appelée *anoba* et est perçue comme étant la période pendant laquelle une maladie (*lokaci cuta*) s'attaque à plusieurs personnes à la fois. Les populations ont également tiré de leur expérience accumulée au cours du temps, le savoir selon lequel la méningite est avant tout une maladie de l'enfant; par conséquent il est important de veiller d'abord sur eux. Il n'est pas recommandé de les laisser sortir en saison chaude, surtout aux alentours de quatorze heures, moment où le soleil est au zénith et chauffe plus fort et que des tourbillons de sable aveuglent les ruelles. Pour le prémunir, il faut couvrir d'un foulard, la tête du nourrisson. La forte incidence de la maladie chez les enfants est un facteur qui n'a pas échappé non plus aux mossi du Burkina Faso interrogées par l'anthropologue André Soubeiga.

Une personne qui dort la nuit sous la fraîcheur (*sanyii*) puis décide d'achever son sommeil à l'intérieur de la maison, et par conséquent de se mettre sous la chaleur, peut être *halbi*, « fléché » ou « tiré » par le *ɗan-sankarau*. Chez plusieurs de nos enquêtés, une personne ne peut pas attraper la maladie c'est la maladie qui "tire" la personne. Les pratiques de couchage en saison chaude (février-mars-avril) consistent à dormir à l'extérieur des maisons ou des chambres vers minuit pour échapper à la chaleur étouffante des pièces, ce qui favorise l'entassement, étant donné que les personnes parfois jeunes et vieux sont alignés sur une natte, rarement un matelas. C'est avant l'aube que la plupart et pour ceux qui ne vont pas à la prière, rejoignent les pièces. Il est entendu que durant cette période, *sanyii* associée à l'humidité de l'aube provoque le *ɗan-sankarau*. L'explication de la transmission met en perspective l'antagonisme et l'opposition entre chaud/ froid, intérieur/extérieur. Cependant la conception haoussa du chaud et froid fait ressortir la coproduction entre les deux éléments, autrement dit du froid peut jaillir *zahii*. L'enquête réalisée par A.Souley sur les

entités *zahii* et *sanyii* dans le département de Bouza région de Tahoua, permet à l'auteur de conceptualiser ces deux entités en tant que catégories nosologiques à part entière. Cependant il reconnaît que les deux termes sont des concepts « fourre-tout » et peuvent désigner plusieurs réalités[1]. *Sanyii* notamment peut être lié au temps, *lokaci sanyii* et les personnes interrogées par l'auteur lient *sanyii* à l'humidité du sol et au contact avec celui-ci or il semblerait que cette conception éclaire en quelque sorte les descriptions et les mises en lien entre *sanyii*, l'aube, le couchage au sol. Le mécanisme de « flêchage » de la maladie recourt ensuite sur les variations entre le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur.

Iskāa, le vent de l'harmattan est une autre entité causale de la maladie. Les populations ont observé que c'est durant la période où souffle un vent chaud que sévit la maladie et que Dieu ne retire *ɗan-sankarau* qu'avec les premières pluies. La méningite est en ce sens comme l'a remarqué Soubeiga chez les mossi, une maladie du vent.. *Iskāa* a en réalité une connotation surnaturelle, il désigne un mauvais vent, une entité morbifique dont la rencontre cause la fièvre, des maux de tête et les agitations (*zaburey-zaburey*), signes que l'on retrouve chez un méningitique. Plusieurs maladies sont associées à *Iskāa* telle que la rougeole. Cette causalité lorsqu'elle était retenue, ouvrait la voie au traitement populaire du *ɗan-sankarau* et à des rituels de guérison traditionnelle.

D'autres causalités puisent dans le registre hygiéniste: l'apparition de la maladie peut être imputée au manque d'hygiène alimentaire, c'est un discours qui se retrouve chez quelques enseignants des écoles primaires mais également d'autres populations non scolarisées.

Yunwa en haoussa, vocable qui désigne la malnutrition mais également la famine, est également perçu par le *boka* Younoussi Maïna comme un facteur de risque du *ɗan-sankarau.* Le vieillard m'explique qu'un organisme qui ne reçoit pas une alimentation riche est comme «le mauvais cuir tanné d'un vieux tapis de prière, il suffit de tirer dessus pour qu'il craque[2] ». Cette conception de faiblesse alimentaire est également proche du discours biomédical qui

1 SOULEY, A, 1999, page 274

2 Entretien avec le boka Younoussi Maïna, Keita le 29 mars 2011

associe la forte incidence de la méningite au Niger à l'état de sous alimentation des enfants qui affaiblit leur système alimentaire et les expose à l'infection.

La sieste sous la chaleur est également vue comme une pratique morbifique. Cependant, l'explication étiologique récurrente et majoritaire reste le Dieu de l'islam qui peut être associé à d'autres causes sans que cette juxtaposition ne soit considérée comme une contradiction par les populations. La croyance en l'islam influence profondément les modes de vie et par conséquent les conceptions populaires de la maladie en milieu haoussa, les interprétations tirées du coran se superposent le plus souvent aux croyances traditionnelles, ce qui permet de comprendre la co-existence et la référence simultanée aux deux systèmes de pensée. Les populations estiment que *ɗan-sankarau* est une maladie de dieu dans le sens que c'est une maladie du destin due à la fatalité[1]. Dieu n'est pas effectivement celui qui cause la maladie mais celui par qui la maladie et tout événement sur terre sont rendus possibles.

Quelques interlocuteurs admettent la transmissibilité de la méningite. Le concept *ɗahuwa,* qui signifie quelque chose qui colle, est un terme qui s'approche plutôt de l'idée de transmission d'une maladie. La transmission, se fait par le partage d'un espace commun avec un malade. Le *ɗan-sankarau* se transmet par contact avec les habits du malade, les locuteurs parlent de "*ciwo shi na bin kayan sawa shi*" (litt : la maladie suit les habits). La maladie se transmet en se nourrissant des restes d'un malade, en mangeant dans le même récipient que lui ou en utilisant un objet qu'il a manipulé. La transmission se fait par conséquent par l'intermédiaire d'un objet partagé (habits, ustensiles de cuisine). Elle peut également être transmise en dormant dans la même pièce que le malade. Les modalités de transmission indirecte chez les haoussa de Keita sont communes à celles relevées par SOULEY ailleurs, ils passent par des « vecteurs[2] » pour le *ɗan-sankaurau* il s'agit essentiellement du toucher, de la respiration en parlant avec le malade mais également des yeux.

1Voir J-P OLIVIER DE SARDAN, ibid, page 25

2SOULEY, A, ibid, page 70

En effet certains estiment que la maladie ne peut "fléché" (*halbi*) qu'une personne qui a une "ombre faible" et qui aspire la maladie d'un autre en le regardant. L'expression *mai sawkin kurwa,* celui qui possède une ombre légère ou faible, désigne ces types de personnes, mais elle est également chez certains guérisseurs, l'âme de l'être humain. Le *sawkin kurwa* est tantôt une sorte d'énergie négative qui est véhiculée par une personne qui aspire en quelque sorte tout ce qui est infortune, un malchanceux. Le champ lexical du *mai sawkin kurwa* est commun à plusieurs conceptions de la maladie relevées par les ethnologues en Afrique de l'Ouest[1]. Chez d'autres le *sawkin kurwa* relève de la sorcellerie, c'est une mauvaise personne qui décide d'enfermer le *sawkin kurwa* et qui provoque la maladie, or dépouiller quelqu'un de son *sawkin* revient à prononcer sa mort sociale puis physique puisqu'une personne ne peut pas vivre sans que son ombre ne la suive, seuls les morts n'ont pas d'ombre donc plus d'âme, le *raywa,* celui dont le *sawkin* a été capturé disparaît. Mais pour capturer l'ombre de quelqu'un, il faut le voir et saisir derrière lui une poignée de sable sur lequel est inscrit comme une empreinte volatile, son ombre. On peut également appeler son nom et l'emprisonner dans l'eau ce qui revient à capturer son ombre or celle-ci est « similaire au moteur d'une voiture », en son absence le sang ne circule plus, pour le *Malam*, s'il n'y a pas d'ombre il n'y a pas d'âme, les deux sont liées. On pourrait établir un parallélisme entre le *mai sawkin kurwa* et le porteur sain mais des éléments manquent pour saisir les conditions de possibilité d'un savoir populaire sur le porteur sain. Un travail d'approfondissement serait nécessaire.

Il y a des pratiques qui permettent de ne pas attraper la maladie. Les stratégies d'évitement se situent d'abord par rapport aux phénomènes environnementaux: le vent de l'harmattan, un soleil trop ardent sont à éviter. Il est proscrit de dormir dehors. Les personnes âgées préconisent des massages avec du baume mentholé de fabrication chinoise avant de s'endormir pour ne pas attraper des courbatures ou une raideur de la nuque. Pour le *Malam* Maïna ainsi qu'un enseignant du primaire du village de Guidan Fako situé à trois kilomètres, il faut bien manger pour éviter le *dan-sankarau*. Pour le premier, la maladie ne peut pas s'en prendre à n'importe qui, un ventre affaibli par la faim est une cible de *zahii*, de même il

1SOULEY, A, op.cit.70

préconise d'éviter pour les malades, des nourritures qui chauffent comme le piment et la boule[1] qui a passé la nuit. Plus de la majorité des enquêtés estiment néanmoins que le premier moyen de se prémunir de la méningite est *rigakayi*, la vaccination.

7.2 Le *an sankarau* , un mal boudé par les tradipraticiens?

« Moi en ma personne, je ne garde pas de malade dont la maladie est provoquée par un microbe[2]!»

Tout en donnant une réponse négative à portée générale à ma question qui tentait de savoir si la méningite est une maladie qu'il traite, Dillé Alzouma, le président de l'association des tradipraticiens de Keita, ouvre à travers cette affirmation péremptoire, une question bien cocasse: comment donc un guérisseur qui opère au sein d'un système symbolique assez éloigné de la biomédecine parvient à faire la différence entre un malade atteint par un microbe, d'un autre attaqué par une entité surnaturelle?

Il est généralement admis que le *dan-sankarau* est une maladie suffisamment grave, qui engage le pronostic vital rapidement pour qu'il soit indispensable de se référer au plus vite au CSI. La rapidité avec laquelle il faut traiter la maladie, a été soulignée plusieurs fois par les personnes interrogées. Les messages diffusés à la radio pour informer d'une campagne de vaccination imminente insistent beaucoup sur l'efficacité d'une prise en charge rapide de la personne atteinte de méningite, par le personnel soignant. La méningite a été et demeure, la chasse gardée de la biomédecine et notamment, des experts en santé publique. Face à la relative nouveauté de la maladie, à sa construction en problème de santé publique après la décolonisation, à sa dimension massive, l'approche populaire adoptée dans le traitement, penche fortement vers la médecine hospitalière du moins à Keita. Les populations connaissent les différentes formes de la prise en charge de la maladie dans le milieu hospitalier et peuvent redessiner le parcours qui conduit en toute probabilité à la guérison. Le

1Préparation à base de lait et de farine de mil qui peut être pimenté ou sucré, elle est la base de l'alimentation à Keita parfois le seul repas de la journée. Certains l'agrémentent avec quelques glaçons s'ils en ont la possibilité et l'envie.

2Entretien avec Dillé Alzouma, ancien directeur d'école, tradipraticien à Keita, 07 mars 2009

dan-sankarau est une maladie prosaïque, c'est-à-dire que la majorité des conceptions populaires n'encouragent pas de discours portant sur un traitement ou une causalité magico religieuse et les enquêtés ont souligné avec vigueur devant mon instance qu'il serait même folie de présenter un méningitique à un *boka* car celui-ci ne ferait qu'accélérer l'échéance de sa mort. Pour les habitants de Keita, il y a bien longtemps que les superstitions et autres croyances autour du *dan-sankarau* ont été levées grâce au traitement efficace qu'on obtient au *likita*. « Il faut aller à Zinder » me disent-ils pour trouver encore des *bokas* qui prétendent soigner *dan-sankarau*, « ici nous ne faisons pas ça[1] ».

La réponse du tradipraticien Dillé Alzouma illustre assez justement la complexité et l'ambiguïté que la médecine des tradipraticiens entretient avec le *dan sankarau*. Marc Eric Gruenais définit les tradipraticiens comme étant:

« L'ensemble des spécialistes populaires dont la pratique ne ressortit pas exclusivement ou pas du tout du registre de la biomédecine, tant ces spécialistes se réclament d'une modernité composite faite de tradition africaine réinventée, de christianisme, de médecines asiatiques, d'ésotérisme, etc[2] »

Cette définition a le mérite de ressortir deux caractéristiques fondamentales de ce corps professionnel : la revendication d'une modernité et l'invention de la tradition. L'informateur, Dillé Alzouma définit d'ailleurs sa pratique, comme relevant de ce qu'il appelle « la tradition moderne », c'est à dire cette nouvelle médecine néotraditionnelle qui se veut associée à la médecine pastorienne et qui choisit de référer certains cas à l'hôpital de district. La littérature anthropologique offre un riche corpus critique sur ces néo-guérisseurs en quête de légitimité[3]. L'une des critiques les plus significatives qui ont été adressées par ces études à l'OMS est de faire l'économie des systèmes de pensée des guérisseurs au sein du projet de revalorisation de leurs médecines[4], systèmes de pensée qui tisse des relations fondamentales entre magie et religion. Dillé Alzouma, est de prime abord le prototype du tradipraticien à travers sa

1 Notes du carnet de terrain suite à une conversation informelle avec des personnes âgées en centre ville, Keita, avril 2011

2GRUENAIS, M-E 2002, page 217

3Voir les travaux de FASSIN, D, 1992, et DOZON, J-P 1987

4 THIONGANE, O, 2007

trajectoire: c'est un homme lettré qui se présente d'emblée comme étant une personne instruite. Ancien directeur d'école, il s'est intéressé depuis sa retraite aux directives de l'OMS sur les médecines traditionnelles notamment le regroupement des guérisseurs dans des associations de loi 1901, la revendication d'une médecine à part entière et le souci de valoriser le répertoire des plantes médicinales, par une présentation de la pharmacopée sous forme de produit conditionné. Lors du premier entretien, son réflexe a été de me présenter la charte de l'association, la liste des guérisseurs adhérents, un diplôme de guérisseur ainsi que son badge. Des éléments qui administrent la preuve d'une médecine devenue formelle parce qu'écrite, consignée, organisée, tamponnée un peu à l'image d'un corps de l'ordre des médecins. Si pendant des entretiens, les moyens de différencier un malade atteint par des microbes d'un autre n'a jamais été éclairci, le tradithérapeute a fait montre des connaissances sur la symptomatologie énumérée plus haut du *ɗan-sankarau,* symptomatologie qui associée au caractère transmissible de la méningite lui permet d'orienter le patient vers un médecin. Cependant il me met en garde, il existe dans le répertoire du guérisseur, des malades qui se présentent à lui avec les mêmes signes que la méningite, signes qu'ils énumèrent en français comme étant: la raideur de la nuque, la paralysie des jambes, l'état léthargique du malade et les délires. Pour Dillé Alzouma, le signe fondamental qui permet de dire que ce n'est pas le *ɗan-sankarau* est dans le contenu des paroles véhiculées en état de délire ainsi que son apparence. Si les délires sont orientés vers un champ lexical accusateur complexe, l'imputation étiologique dirige vers une maladie d'un génie nommé *Doguwa* en haoussa, et *Ina* en songhay. Une étude de cas plus loin permettra de voir que l'apparence de la personne malade, ses attitudes permettent de changer de cadre de référence c'est à dire de passer d'une maladie à une autre[1]. *Doguwa* qui est un génie dit sale parce que privilégiant les repères près des déchets, dans les toilettes ou à la croisée des routes s'attaque au *kuruwa*, l'ombre (souvent traduite en âme) de la personne. Il fait parti du panthéon des jins paralytiques ou *aljana,* connus pour provoquer des maladies qui entravent comme la poliomyélite encore appelée

1Ce système symbolique d'interprétation de la maladie se retrouve également chez les sérères du Sénégal voir l'étude de Morton Beiser: Beiser M, 1986, A study of depression among traditional Africans, urban North Americans, and Southeast Asian refugees. In A. G. KLEINMAN (Ed.), Culture and depression, Berkeley, CA: University of California Press (pp. 272–298).

shan Ina en milieu songhay. Ce sont des maladies de l'héritage (*gatouchiré ka*)transmises par un membre de la famille qui a contracté une alliance avec une entité jinique et qui se matérialise chez un élu qui sera pris de possession. *Doguwa* est l'un des *aljana* les plus connus du panthéon haoussa et qui ne quitte pas la maison de la personne qui l'a reçue en héritage. Certains bouchers d'origine haoussa, appelés les *baroumjis* lui font des offrandes avant de démarrer une entreprise ou de voyager afin de s'attirer ses faveurs. Il existe une *doguwa* blanche et une noire, cette dernière est celle qui est identifiée comme la *doguwa* sale, esprit fourbe exigeant des sacrifices liés au sang et qui mange de la chair humaine.

Les personnes prises par des paralysies partielles sont ainsi appelées des *kama Doguwa*, littérallement des "*attrape Doguwa*", des personnes prises par *Doguwa* : « Si *doguwa* t'attaque tu deviens malade, elle cherche toujours la gorge de la personne, si les jours de la personne tirent à sa fin, elle meurt[1]. »

La croyance populaire a intégré la cosmogonie musulmane qui fait cohabiter les humains et les *jins* séparés par une montagne. Les *jins* ont la capacité de se mêler aux humains sans se faire voir, seuls ceux qui possèdent la "double vue" sont capables de les appréhender c'est à dire ceux qui sont capables de percevoir l'autre monde. Le pouvoir surnaturel des guérisseurs se matérialise dans cette capacité de "double vue" c'est à dire «cette capacité d'identifier l'invisible dans le visible»[2]. Les *aljana* sont des êtres sournois, des esprits malins qui pactisent parfois avec les humains. S'il va de soi de dire que chez ce guérisseur, la méningite n'est pas prise en charge mais des formes similaires de la maladie imputées à *Doguwa,* il serait imprudent de prétendre, que les guérisseurs ne soignent pas la méningite dans l'Ader, ce serait surtout méconnaître, le caractère souple et l'ubiquité des systèmes de guérison non biomédicaux[3]. Certains anciens méningitiques, témoignent avoir recouru à des soins complémentaires, du fait de leur état de santé non satisfaisant à la sortie de l'hôpital.

---

1 Entretien avec Malam Younoussi Maïna, op.cit

2 CAPRARA, A, 2000, Transmettre la maladie: représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte-d'Ivoire, Paris, Karthala, page 65.

3 MEYER, F, 1987, page 222.

7.3 Halimatou Dawi:

Halimatou Dawi est une petite fille de six ans qui fréquente l'école du village de Guidan Fako. L'école compte dix classes pour 500 enfants. Celle de Halimatou est un enclos en paille, où les enfants pieds nus, le visage barbouillé par la morve, assis par terre, répètent derrière leur maître d'école, les lettres inscrites à la craie blanche sur un morceau de tableau noir. La classe est surpeuplée, plus de quarante petits enfants s'y entassent. Le maître d'école a le dos courbé car la hutte est petite. Cela fait deux semaines que Halimatou ne se rend plus à l'école lorsque Kalidou et moi sommes allés lui rendre visite chez ses parents. Soignée de la méningite à l'HD de Keita, puis libérées au bout de quatre jours, sa mère et elle se sont rendues pendant cinq jours dans un village pour y consulter un guérisseur sur le conseil des voisins, puis elles sont rentrées à Guidan Fako pour poursuivre le traitement traditionnel avec un autre guérisseur hébergé dans une case au milieu de la cour. Chez Halimatou, le guérisseur a été caché puisqu'il redoutait que nous fussions à la solde de l'Etat et qu'en cas de problème, il ne soit enfermé en prison[1]. Notre venue n'est pas passée inaperçue, étant donné que nous avons été introduit par le maître d'école de Halimatou. Malgré le fait que nous nous soyons présentés et avons expliqué l'objet de mon étude, le guérisseur est demeuré caché durant tout l'entretien. La mère a résolu à la fin, voyant mon intérêt pour la pratique traditionnelle, à me dévoiler le parcours de l'enfant. Ce n'est que quelques jours plus tard que le guérisseur vint se découvrir chez Kalidou.

La mère de Halimatou nous a expliqué que le recours à la médecine traditionnelle est né d'une insatisfaction sur l'état de sa fille :

> « On a fait 4 jours à l'hôpital, on s'est arrêté 5 jours quelque part dans un village et c'est depuis 4 jours que je suis rentrée avec Halimatou. Quelle guérison ? Jusqu'à présent elle ne marche pas, pour moi elle n'est pas guérie. Le Docteur a vu juste ma fille se soulever et il a dit « ça

1 Lors de mon enquête, la prescription de poudre aux populations par les guérisseurs itinérants était fustigée par la radio Keita. Nombre de cas d'empoisonnement dont certains ayant conduit à des décès, ont été signalés par les autorités sanitaires du CSI. La radio locale diffusait des émissions de sensibilisation et des appels à témoin sous la demande du médecin chef, ce qui pourrait expliquer en grande partie la volonté du guérisseur de rester caché.

> va » ! Nous, nous sommes pas parties de notre plein gré, c'est lui qui a dit « ça va ». Il nous a dit que nous pouvions rentrer à la maison. Je ne pouvais rien faire puisque c'est le médecin qui a décidé[1] ».

Si l'expertise du médecin détermine l'évolution du malade et la fin de l'admission et donc du parcours du soin à l'hôpital, des divergences d'opinion existent. La décision peut ne pas forcément aller de soi selon la perception qu'a la mère sur l'état de sa fille. La mère nous explique qu'elle ne connaissait pas la méningite. Ce sont ses proches, qui lui ont suggéré qu'il pouvait s'agir de cette maladie. Au bout de deux jours, elle s'est rendue à Keita. "L'ancien" (le major) leur a dit que c'était la méningite sans enlever l'eau du cou. C'est en cohabitant avec les autres malades, que la mère de Halimatou a compris de quoi il s'agissait. La mère rapporte que sa fille a reçu de la part de l'infirmier, cinq traitements au total, dont trois le premier jour : une injection pour la méningite, des comprimés pour la douleur et un d'autres pour calmer les cris de l'enfant la nuit, parce qu'elle dérangeait les autres malades.

> « La maladie a commencé par un premier signe, ma fille tombait. Dés qu'elle marchait, elle tombait sur la tête, elle se plaignait de maux de ventre et de tête. Quand elle est tombée malade, j'ai pensé qu'elle avait fait une mauvaise rencontre. J'ai cru cela parce que j'avais perdu la tête. Et les gens, mes proches ont dit que c'était *s'ɔoroo*, on a fait peur à ma fille[2].»

Dans ce témoignage, le siège central du mal, semble être la tête. Or la tête, est le siège de l'esprit chez les adérawa. Le discours de la mère qui par ailleurs est très ambigu du fait que le recours au guérisseur était nié au début de l'entretien, révèle que les trois perceptions: "tomber sur la tête", qui signifie tomber sur le dos, "maux de tête" et "perdre la tête" dont les deux premières appartiennent à la sensation de la fillette rapportée par la mère et la dernière à la mère, ont influencé l'imputation causale. La tête siège de l'esprit est l'objet d'attaque d'où le recours en définif au guérisseur. La "mauvaise rencontre" encore appelée *mugun gamo,* suggère que l'esprit de Halimatou a été pénétré par un autre esprit morbifique, les ɣa*n daji ,* désigné par le pronom impersonnel on.

1Entretien avec Mariétou, mère de Halimatou Dawi, Guidan Fako, 5 mars 2009

2 Idem

Appelés "les enfants de la brousse", ces petits esprits maléfiques m'expliquent la mère ont déclenché *S'òoroo*, la peur, chez la fillette. Le diagnostic populaire posé par les proches et validé par le guérisseur, a identifié ainsi *s'òoroo* comme étant le mal dont souffre Halimatou. A partir de là, le recours au guérisseur a orienté la prise en charge vers une médication à base de plantes traditionnelles avec la technique de fumigation ou *hayaki* qui a lieu aux premières minutes du crépuscule, moment qui coïncide avec les cris de Halimatou et qui confronte dans l'idée quelque chose trouble son esprit, quelque chose lui a fait peur.

La méningite est prise en charge par la médecine traditionnelle mais celle-ci passe d'abord par un changement de registre causal, le *ɗan sankarau* devient soit une maladie de *Doguwa* soit une maladie des génies de la brousse, les *y'an daji*, une maladie sociale. Le travail du guérisseur passe par une quête du sens avant d'agir sur le mal. L'ethnologue Jean Benoist demeure partagé par l'interprétation par la quête du sens dans la pratique du guérisseur. S'il y revient dans son analyse sur le pluralisme médical en société créole, il dit lui préférer le terme de pragmatisme, terme que lui emprunte également Olivier De Sardan[1] c'est à dire la réponse cohérente du guérisseur puisé dans l'univers du malade afin d'orienter le choix thérapeutique[2]. Cependant, le premier auteur conclut: « Le sens? Pourquoi pas, s'il n'y a pas mieux? Car on ne cherche de sens qu'au mal qui dure, à celui que l'on ne voit pas disparaître[3].»

Cette citation peut être rapportée aux propos de la mère de Halimatou plus haut, qui nous prend à témoin : « quelle guérison? Jusqu'à présent elle ne marche pas...» et qui est une prélude à un changement d'itinéraire thérapeutique, à une stratégie pragmatique au sein de laquelle, le sens de la maladie qui lui est donnée, lui semble également une explication valable, confrontée aux symptômes de sa fille qui tombe sur la tête et crie pendant le crépuscule. Ce changement a été rendu possible dans la mesure où à l'hôpital le soin pour la méningite s'arrête au protocole de prise en charge médicamenteuse. Le malade est extrait de l'hôpital

---

1OLIVIER DE SARDAN, J-P, op.cit., page 34

[2] BENOIST JEAN, 1996b,

[3] idem

dès que la prise de l'antibiotique est achevée. De l'hôpital de district au village, la prise en charge s'est modifiée et passé du registre d'une causalité bactérienne à une autre de l'ordre magico-religieuse; du registre du *disease* traité par la biomédecine au *illness* pris à bras le corps par le social avec en clé un changement de paradigme rendu possible par un vide hospitalier.

Arthur Kleinman, est l'un des premiers anthropologues à conceptualiser le terme *illness*. C'est la manière dont une personne malade ainsi que son entourage social perçoit, vit et répond aux symptômes de la maladie ou au handicap. L'*illness* est l'expérience propre de l'humain sur sa souffrance[1]. Selon l'auteur, l'*illnes*s comme objet de recherche, doit prendre en compte les jugements du patient sur comment supporter sa souffrance. Or, l'anthropologie de la maladie chez l'enfant pose un problème épistémologique sérieux : comment appréhender la souffrance chez les enfants de bas âge qui constituent plus de la majorité de la population atteinte? Les récits de maladie chez l'enfant proviennent souvent de témoignages de seconde main. Deux écueils ont été pris en compte mais je n'ai pas pu les surmonter : la réticence sociale à accorder de l'autorité à la parole de l'enfant, et la difficulté de cueillir cette parole là, lorsque celui ci est souffrant. Dans un contexte culturel où le poids véridique et légitimé de la parole, est important en fonction de l'âge de l'interlocuteur: ici l'aîné de la maison ou du village, de préférence un homme, le recueil du témoignage de l'enfant est mission quasi impossible soit à cause de l'ordre social soit des circonstances dans lesquelles ces paroles sont sollicitées. L'enfant souffrant ne parle pas ou très rarement et difficilement nous faisons face à un rapport triangulaire souligné par JAFFRE dans la pratique soins (soignant-malade-parent)[2] mais également dans le relation d'enquête (parent-malade-anthropologue) ou même quadrangulaire. Dans tous les cas, l'enfant est objet d'un discours plus qu'il n'émet le discours ce qui modifie la relation d'enquête car toutes les sensations sont transcrites par un intermédiaire qui même si c'est le parent n'a pas la même relation à la douleur que le patient comme il en ressort avec le cas de Halimatou Dawi. Il en est même de la remémoration après convalescence, il est difficile que l'enfant s'exprime soit par pudeur, soit parce qu'il ne se

1KLEINMAN, A, 1988, The illness narratives : suffering, healing and the human condition, Basic Books, page 3
2JAFFRE, Y, 1999, op. cit. page 49

souvient plus. J'ai pu me confronter une fois à un chef de village dans sa cour me dissuadant de parler aux enfants qui « ne savent rien[1] ».

Il y a deux types de savoirs populaires autour de la méningite celui qui s'articule autour d'un discours biomédical et un autre qui puise dans les savoirs traditionnels populaires à connotation religieuse. Chez les interlocuteurs ces deux types de savoirs ne s'opposent ni ne se superposent, ils s'interpénètrent. Dans le discours profane, les conceptions autour de la maladie sautent du champ lexical de la médecine au champ religieux. L'expérience empirique plutôt que les messages de sensibilisation qui sont en somme très rares et saisonnières ont permis d'intégrer le discours symptomatologique dans les savoirs locaux. Une remarque, l'*illness* a rejoint dans certains témoignages, le discours médical sur le *disease*. Il s'agit essentiellement du liquide pathogène qui correspond au *ruwa gangariya* des guérisseurs. La technique du prélèvement du liquide céphalorachidien a influencé d'une certaine manière la compréhension de la maladie et d'agir sur elle au niveau des pratiques traditionnelles de guérison. En effet, cette pensée est récupérée également par certains tradithérapeutes qui affirment que c'est "l'eau du derrière" qui est malade et que les plantes qu'ils donnent servent à le faire expulser par l'urine ou par les diarrhées.

Le discours biomédical sur ces conceptions populaires autour de la méningite est souvent invariable. Elles sont perçues comme un ramassis de savoirs erronés, de fausses croyances. Les malades sont plutôt des gens ignorants, des paysans à qui il faut tout dire et beaucoup apprendre même si finalement peu de choses leur sont dites. Le personnel soignant considère le plus souvent les malades comme étant responsables de leur trouble principalement avec les méningitiques qui arrivent parfois quand il est trop tard.

Les malades atteints de méningite, qui se réfèrent au CSI de Keita, peuvent parcourir plus d'une vingtaine de kilomètres, délaissant un centre de santé plus proche. Le manque de matériel de certains CSI est souvent la raison principale. Les agents de santé communautaire qui exercent dans les CS, sont tenus également par manque de formation dans la prise en

[1] Interpellation de l'anthropologue par le chef de village de Kirari, mars 2009

charge de la maladie, d'évacuer leurs malades au CSI de Keita. Cette situation provoque un débordement du personnel de santé notamment, les infirmiers, en temps d'épidémie. L'infirmier chef est épaulé par le major qui est l'infirmier le plus âgé. Malgré un dossier compromettant qui aurait occasionné sa mutation à Keita, le major a la charge de malades qui se présentent à des stades critiques. C'est un homme rude, qui n'hésite pas à crier sur les malades malgré sa douce apparence et un physique frêle. Durant l'entretien, il n'a cessé de se plaindre de son poste et de la position excentrée de Keita qui relève pour lui d'une punition. Les raisons précises qui ont conduit à sa mutation ne m'ont pas été révélées. A la suite d'un cas de méningite qui a connu une fin tragique alors qu'il avait la prise en charge, je ne l'ai pas retrouvé à mon second séjour[1]. La plupart des malades qui se rendent au CSI viennent en charrette tiré par un âne ou à pied, rarement en voiture. Ils payent le ticket de consultation, passent en salle de tri avant de voir l'infirmier. Les urgences sont également conduites par les charrettes ou une bonne âme possédant une voiture. C'est le cas d'un boutiquier de la commune, qui prête habituellement sa jeep en cas de levée de corps ou pour des évacuations d'urgence.

Le CSI a une ambulance mais qui sert beaucoup plus aux évacuations vers Tahoua ainsi qu'aux déplacements du personnel de soins situé en haut de la hiérarchie ou des membres de leur famille. Il en va de même pour la voiture du CSI. Les patients environnants en cas d'urgence sont obligés pour être référé à Keita de payer le carburant pour voir se déplacer l'ambulancier. Dans la gratuité des soins instaurée par l'état nigérien qui cible les méningitiques, les évacuations ne sont pas prises en charge.

7.4 Aïchatou Aboubacar

C'est dans un village, nommé Galé, situé à 15 km de Keita, où profitant d'une séance de vaccination ayant lieu dans la cour de la CS en compagnie d'une équipe de bénévoles que j'ai

1 Je n'ai pas pu déterminer les raisons précises de sa mutation

vu la première fois, la petite Aïchatou Aboubacar. Elle traversait la cour de la CS conduite par une femme lui tenant la main et qui portait un bébé au dos.

Galé est nommé ironiquement par les équipes médicales, "la Chine de Keita" du fait du nombre jugé élevé de la population[1]. Plus d'un millier de doses de vaccins apportées le matin, ont été administrées en totalité dès 10 heures, alors que des personnes affluaient toujours s'entendant dire qu'il n'y avait plus de vaccins. Aïchatou Aboubacar a traversé difficilement la cour aux environs de 12 heures de l'après midi sous une chaleur impitoyable. Elle bascule la nuque en arrière, ses lèvres sont roses pales, une amulette sort du foulard de tête qui ceint son front, elle gémit alors que la femme la tire doucement par le bras. L'agent de santé communautaire (ASC) qui l'a vu arriver s'est alors exclamé avec surprise: « mais c'est l'ancienne malade de méningite! » Accompagnés de l'équipe de vaccination désœuvrée par la pénurie de vaccins, nous avons suivi curieux, l'ASC, Aïchatou et la femme ainsi que l'enfant au dos, en salle de consultation. La majeure partie du mobilier de la case de santé (CS) de Galé, a été volée quelques semaines avant notre arrivée. Il ne reste plus qu'une table et un lit dans la salle de consultation et une natte dans la salle d'hospitalisation. L'ASC nous apprend que deux semaines auparavant Aïchatou s'était présentée avec la même femme, sa mère. Elle donnait à l'époque des signes de méningite (raideur de la nuque et céphalées) et il avait demandé son transfert à Keita. La petite s'est allongée avec le plus grand mal sur le lit, le cou complètement raidi. La mère décrit les maux de sa fille et soutient que celle-ci, se portait bien à sa sortie d'hospitalisation du CSI de Keita mais que depuis deux jours les symptômes ont repris. L'agent de santé acquiesce touche le front de la fillette et constate qu'elle a la fièvre, ses yeux sont éteints, à la palpation le cou est raide, la petite ne peut ni le tourner à gauche ni à droite. Elle gémit faiblement affirmant par ses lèvres pâles et sèches, qu'elle a mal. L'ASC présuppose qu'elle a la méningite et suggère qu'elle qu'elle se rende à Keita. Il prend son portable puis en quelques secondes, suspend son geste. Il n'a pas suffisamment de forfait dit-il, et de toute façon c'est inutile de déplacer l'ambulance, puisque la mère devra payer et il sait qu'ils en n'ont pas les moyens dans la famille. Un silence se fait dans la salle. On tente de

[1] Il y a deux Galé : Galé Toudou et Galé Gabass qui font une population estimée à 2402 habitants

trouver des alternatives, la mère fait visiblement des efforts pour suivre la conversation qui du fait de ma présence se fait en français. Plusieurs suggestions sont écartées une à une. Non, l'ambulancier refusera de se déplacer quelque soit l'urgence si la famille ne paie pas le carburant. Non Aïchatou Aboubacar a dépassé les cinq ans et la gratuité des soins n'inclut pas le prix du carburant. Le silence s'instaure alors entre nous, avec une gêne perceptible. Je suggère alors la voiture de MDM, qui est encore stationnée dans la cour et qui a servi à emmener l'équipe de vaccination à Galé. L'ASC pas totalement convaincu me dit que je peux toujours essayer. Je dévale les deux escaliers de la CS, court retrouver Moctari le chauffeur assoupi au volant de la jeep à l'abri du soleil sous un arbre chétif. Il n'y voit aucun inconvénient et accepte de conduire la malade et sa famille. Informée, la mère de Aïchatou, demande à ce qu'on lui accorde quelques minutes le temps d'avertir les proches au village. La CS se situe sur une petite colline, la mère descend lentement le chemin et revient un quart d'heure plus tard, accompagnée de deux femmes. Celles ci lui font leurs adieux en l'accompagnant de prières. La mère et la fille s'installent à l'arrière, l'agent de santé et moi à l'avant et la voiture démarre en manquant de s'ensabler à certains endroits comme il est arrivé à l'aller. Lorsqu'on parvient sur la route qui est un chemin de terre, il faut s'accrocher tenacement, trous et petites pierres rendent inconfortables la traversée. La jeep fait des bonds qui projettent les têtes sur le toit. Je pose des questions à l'ASC qui les retranscrit à la mère. Elle nous fait savoir qu'elle a neuf enfants, nous nous étonnons puis elle précise qu'il lui en reste huit, l'un est mort du paludisme. Ce ne sera pas la dernière fois qu'une telle réponse m'est donnée. A Keita, le mort fait parti du vivant, les parents comptabilisent leurs morts dans le nombre de leur progéniture, ils disent souvent huit ou treize mais si l'on réclame quelques précisions, le nombre diminue. Nombre de parents ont perdu un ou deux enfants à bas âge et évoquent habituellement le paludisme. Le taux annuel de croissance au Niger est de 3,3%, avec une moyenne de huit naissances par femme, le pays a l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde. Selon un rapport du PNUD en 2004, sur 1000 naissances en milieu rural, 186 décèdent avant le cinquième anniversaire, ce qui fait pour le Niger un des taux de mortalité infanto juvénile les plus élevés de la sous région[1]. Sur l'ensemble du Niger,

1 5ème Rapport national sur le développement Humain au Niger: PNUD 2004, page 55

en 2006, on compte 648 décès sur 100 000 naissances[1]. Si les enfants arrivent à passer le cap de la naissance, le paludisme ou la méningite en fauche souvent un ou deux avant l'âge de cinq ans ou à l'adolescence. Ceci est plus la règle que l'exception dans les familles de Keita que j'ai pu fréquenter.

La mère d'Aïchatou demande en cours de route, à ce qu'on s'arrête à l'approche d'un village. Elle indique à l'ASC où il pourrait trouver son époux. Celui-ci part et revient cinq minutes plus tard pour dire qu'il ne l'a pas trouvé. Lorsque la voiture redémarre, la mère commence à vomir sur son pagne puis sur le siège. Je m'affole de son état de santé, Moctari sourit et l'ASC essaie de me tranquilliser en m'apprenant que la plupart des villageois n'étant pas habituer à voyager dans des voitures, vomissent pendant les voyages. Aïchatou a la nuque raidie posée sur le siège arrière, bientôt c'est à son tour de vomir, la mère lui tend son foulard de tête. Après une dizaine de minutes, la voiture pénètre dans Keita et fonce dans la cour du CSI. Nous en descendons toute suite et je mande le médecin chef du district. On me montre du doigt les locaux de MDM situés en face du CSI. Je traverse la route et entre dans le bâtiment pour me diriger vers la salle de réunion. C'est la rencontre bilan des chefs CSI sur la campagne de vaccination contre la poliomyélite qui s'est achevée la veille du premier jour de campagne contre la méningite. Je n'ose bouleverser la réunion, alors, je propose au gardien de transmettre un message au médecin chef de district puis je m'assois à l'extérieur, sur un banc. Le gardien revient disant qu'il a transmis le message. Dix minutes plus tard, c'est l'infirmier chef du CSI de Ibohamane, qui sort pour fumer une cigarette. Il me dit sans me fixer:

> « C'est vous qui le demandez le docteur ? En Afrique, il faut savoir respecter la hiérarchie, le médecin chef ne doit pas être dérangé pour ces genres de choses, on passe d'abord par l'infirmier chef[2].»

Je me recale sur le banc comme prise en faute. Il finit sa cigarette puis retourne en salle. L'infirmier chef de Keita, Tidjani, sort quelques minutes après, il me demande où se trouve la

1 MOUSSA TCHANGARI (dir)., 2009, Le droit à la santé au Niger. Rapport d'analyse des politiques et du financement de la santé de 2000 à 2008, Rapport en ligne Alternative Espace Citoyens: www.alernativeniger.org

2 Notes de terrain, mars 2009

petite. Je l'accompagne et nous retrouvons la patiente couchée sur un banc en pierre. Tidjani la regarde et demande à ce que l'aide soignante lui fasse une injection.

> « **Tidjani** : C'est la méningite me dit-il sans hésitation.
> **Moi** : mais elle en a déjà eu parait-il, il y a deux semaines, non ?
> **Tidjani** : c'est exact mais elle fait une rechute[1]. »

Tidjani appelle une aide soignante lui donne des instructions en haoussa et s'en va. Je suis la petite dans une salle de soins avec sa mère. Impossible d'installer la petite sur le lit de consultation, il est maculé de sang frais. Un manœuvre du nouveau chantier de l'hôpital de district est tombé sur une barre de fer qui lui est rentrée dans l'épaule. Il s'en sortira nous prédit l'aide soignante. La petite est sommée de s'asseoir sur une chaise mais elle ne peut pas, elle veut se coucher par terre, elle ne veut pas de piqûre, elle gémit faiblement. Aïchatou profite des moments d'inattention de sa mère pour esquisser un mouvement par terre, mais celle-ci la reprend. L'aide soignante lui demande plus de fermeté. Elle prépare une injection de ceftriaxone, exactement 2,5 grammes qu'elle lui enfonce doucement sur la cuisse. La petite gémit de plus belle. La malade, la maman et le petit frère attaché au dos sont priés ensuite de chercher une place dans la salle réservée aux méningitiques. Un malade part justement, elles occupent le lit devenu libre, la mère sort ensuite laver son pagne taché de vomi, la malade s'est endormie. Le soir vers 21 heures, je reviens les voir leur apportant quelques provisions. Aïchatou est couchée, sa mère lui dit que nous avons ramené des choses, elle ne réagit pas, elle est profondément endormie.

Le lendemain, je reviens visiter la malade. L'ASC du village est présent, il a passé la nuit à Keita pour percevoir son salaire. Je pose des questions à la mère en lui demandant l'état de santé de sa fille qui a été mis entre temps sous antalgique avec un autre sachet de vitamines à l'aide d'une perfusion. Elle dort profondément. La mère nous dit qu'Aïchatou n'a pas reçu une autre injection que c'est le « Peul » (l'infirmier major) qui l'a vu le matin, et qu'on leur a demandé de payer. L'ASC me fait savoir que selon la mère si elle ne paie pas, ils ne

1 Notes de terrain, idem

continueront pas les soins de l'enfant. Le major a été clair là-dessus. Je garde le silence. L'ASC insiste sur le manque de moyens de la famille, il m'accuse à demi mots de les avoir fait venir et de ne pas tout prendre en charge. Je décide de ne pas réagir afin de restreindre ma sphère d'influence étant consciente que depuis le début j'avais introduit un biais dans mon étude. Dorénavant, j'allais appliquer le « cynisme méthodologique » en observant la réalité d'un recours au soin en période d'épidémie, pour une famille sans moyen financier.

Le second jour, je reviens vers le soir accompagné de mon interprète, Kalilou. Aïchatou couchée a les yeux ouverts. La mère dit que l'infirmier lui a demandé de payer le lit qui coûte 5000 francs CFA. Nous demandons les nouvelles du père. Il n'est toujours pas là. Kalilou suppose que ce dernier est en train de réunir la somme au village pour venir. La mère confirme son hypothèse. Elle dit qu'Aïchatou a reçu une nouvelle injection mais qu'elle a été menacée de retenue si elle ne payait pas. Nous sortons de la chambre et je vais frapper à la porte du bureau de Tidjani l'infirmier. Je lui pose quelques questions. Oui, il est sur qu'Aïchatou avait la méningite la première fois, une ponction lombaire a été réalisée, les résultats du test ont montré une méningite de sérogroupe A. Elle avait reçu du Chloramphénicol[1]. Oui elle allait bien quand elle est sortie au bout de cinq jours dont trois jours de traitement à base de chloramphénicol et deux jours d'observation. Je consulte plus tard le registre d'admission. Les dires sont exacts. Tidjani insiste, il s'agit bien d'une rechute méningite. Mais et le test ? Il n'y a plus de test de diagnostic rapide mis habituellement à disposition par l'IRSMI. Le PCR est rarement utilisé et les techniciens de laboratoire me disent qu'ils ne peuvent rien faire sans prélévement et sans TDR.

Je sors du bureau de l'infirmier et me dirige cette fois ci chez le médecin chef de district. Il me reçoit avec courtoisie. Oui il a entendu parler de la malade de Galé. Non, dit il en souriant, il n'existe pas de rechute de méningite, il n'a jamais entendu parler de cela durant toute sa carrière. Il devrait s'agir d'une fièvre typhoïde c'est ce qui expliquerait la réclamation

1 Le Cholramphénicol a été un médicament de référence de la méningite jusque dans les années 2000 lorsque les pays occidentaux ont décidé de l'exclure des prescriptions pour ses potentialités toxiques. Du fait du service médical rendu en Afrique, il est maintenu. Cependant à cause de l'arrêt de sa fabrication par les industriels et des pénuries, il est remplacé par le Ceftriaxone.

pour le prix du lit car je ne dois pas ignorer que la prise en charge de la méningite est gratuite affirme t-il. Je ressors du bureau du médecin, plus confuse qu'au départ. Les diagnostics sont contradictoires pour les deux personnels de santé sauf que l'un des deux, le médecin chef, n'a jamais vu la malade hospitalisée à quelques cinquante pas de son bureau. L'infirmier non plus n'a pas fait de test par manque de logistique, sans compter que pour Aïchatou comme pour d'autres les tests ne sont plus réalisés pour confirmer le diagnostic depuis le 22 février 2009. Les agents de santé n'y sont pas contraints ou débordés ne prennent plus la peine de le faire. La suspension du test de confirmation du diagnostic est due à deux facteurs qui ressortent de l'observation empirique et qui ont été confirmés par l'infirmier Tidjani : la surcharge de travail en période d'épidémie qui ne donne pas le temps d'investiguer plus précisément la pathologie et la rupture de tests de diagnostic. Au sein des CS comme Galé, le manque de matériels de santé n'est pas en faveur d'une telle prise en charge précise.

Le troisième jour, nous allons voir la patiente, une nouvelle perfusion près du lit n'a pas encore été installée. C'est à nouveau une solution de glucose. Nous demandons à la mère, elle répond que non sa fille n'a pas reçu d'injection. Aïchatou a vomi le matin après le petit déjeuner. Elle se plaint moins de la nuque, elle dit que c'est parce qu'avant c'était chaud. Elle est couchée en chien de fusil, maigre et faible. À côté de son lit, un garçon plus jeune, Fayçal est arrivé la veille, il est également de Galé, il aurait la méningite. C'est l'ASC qui l'a référé à Keita, il lui a prescrit quelques jours avant selon la mère du garçon du coarterm, du paracétamol et de l'amoxiciline[1]. Il a cru que c'était du paludisme mais deux jours plus tard ils sont revenus le voir, le petit garçon avait le « cou sec » c'est alors que l'ASC a demandé son transfert. Il a fallu quarante huit heures avant qu'ils aient un moyen de transport.

Au cinquième jour, nous sommes retournés voir la malade de Galé, sa mère me dit qu'elle a pris des comprimés la veille. C'est samedi, il n'y a pas de soignant ce jour là. Le père n'a pas donné de nouvelles, elle n'a aucune idée où il peut être dès qu'il arrive dit elle, elles pourront rentrer chez elles à Galé. Elle nous raconte que le père d'Aïchatou est un cultivateur de mil qui vend de la paille en période de soudure ce qu'il était parti livrer le jour de

[1] Entretien informel avec la mère de Fayçal, CSI Keita, mars 2009

l'hospitalisation. La famille vit dans la concession du grand père défunt que se partagent deux frères, le père d'Aïchatou et son beau frère parti au Cameroun. Ce dernier a laissé une femme et six enfants. La plupart des enfants dont Aïchatou ne sont pas scolarisés, la mère vend parfois du bois au marché mais depuis qu'elle a des problèmes de dos, elle reste de plus en plus à la maison. Elle avoue qu'il y a des jours, tout le monde part se coucher le ventre creux et son mari a des dettes ce qui ne facilite pas la vie. Le petit frère de Aïchatou décédé d'un paludisme avait deux ans, il a vomi, il avait le corps chaud, à la CS, on lui a donné du paracétamol, il allait mieux le lendemain mais la nuit après des accès de fièvre, il est décédé au petit matin. La mère d'Aïchatou nous explique qu'elle n'a pu rien faire en ce temps là, qu'elle n'avait même pas de lait pour le nourrir et que son père était parti à Maradi régler quelques affaires. Elle pense qu'il va venir que le problème c'est juste qu'il doit emmener de l'argent avec lui.

Le lendemain du sixième jour, nous passons pendant l'après midi. La salle des méningitiques est quasi vide, on nous fait savoir que le major a libéré tout le monde, même Fayçal le petit garçon qui est arrivé il y a trois jours. Fait anecdotique, le second passage d'Aïchatou dans le CSI en tant que malade de la méningite n'a pas été déclaré dans le registre. Nous pouvons subodorer la volonté d'écarter tout élément contradictoire dans le registre des cas de méningite pour ne pas éveiller d'interrogations lors d'éventuelles supervisions. Il a été noté plusieurs fois, lors des supervisions menées cette fois ci par MDM, la propension des sages femmes, à falsifier les données des partogrammes qui est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y rapportent. La falsification ne semble donc pas une pratique isolée et minoritaire, même si je ne dispose pas de chiffre. Cependant les motivations ne sont pas les mêmes. Dans le cas de Aïchatou , il n' est pas contradictoire de ne pas l'inscrire dans le registre étant donné le flou autour du diagnostic, les contradictions d'un diagnostic présomptif et d'un autre basé sur des signes cliniques.

A ce stade de l'analyse, il est important de se demander si une observation anthropologique peut être éthique ? Si ma première implication personnelle au début du parcours de soin de

Aïchatou s'est faite dans la nécessité d'agir dans l'urgence, le retrait réfléchi que j'ai effectué peut être dramatique, si le traitement du malade est assujetti au moyen dont il dispose et sa vie sauve également. La situation peut très vite nous échapper en ce qui concerne cette maladie, bien sur Aïchatou a eu un traitement avant la sommation du major et ce traitement est connu pour son efficacité mais elle l'a reçu sans diagnostic bactériologique, nul ne sait objectivement ce qui la ronge. Comment garantir une neutralité dans le terrain et combiner en même temps cynisme méthodologique et éthique de la démarche ? Comment penser l'entrelacement de l'objectivité et de la distance ? Les termes de « cynisme méthodologique » ont été employés par Olivier de Sardan dans une relecture critique des postures de subjectivité en anthropologie[1]. Or on peut regretter que le socio-anthropologue n'ait pas précisé à l'époque s'il s'agit bien là d'un terme normatif. Il me semble que cette dimension du processus de recherche témoigne de l'ambiguïté d'une certaine anthropologie engagée. Car comment tenir les postures successives de l'investissement et du désinvestissement pour obtenir des données "objectives" à partir de la "réalité-fiction" de l'observation participante ? Par une première posture, je suis motivée par l'empathie et la déontologie qui m'enjoint de ne pas laisser mourir un malade, par une seconde posture, je m'efforce de ne pas introduire un biais dans le protocole d'enquête gage d'objectivité dans la restitution des faits. Le cynisme méthodologique ne serait-il pas alors qu'une forme de domination symbolique qui s'ignore, un caractéristique typique de la désinterlocution puisqu'un seul camp détient les ressources de la situation discursive? Par contre le « cynisme méthodologique » ne pourrait être recevable que si l'anthropologue rend compte de ce qui est vécu in situ dans son système théorique[2]. Il est admis depuis longtemps qu'une objectivité scientifique totale en ethnologie est une « mystification » et que l'observation revêt une dimension d'implication du chercheur, l'observateur n'est jamais figé, il interagit avec le milieu d'enquête et les enquêtés. L'enquête dans une temporalité épidémique est elle-même une enquête à chaud et contraint l'ethnologue à sortir d'une réserve construite. Il s'opère nécessairement des glissements liés

[1] OLIVIER DE SARDAN, 2000, page 428

[2] C'est ramener le « cynisme méthodologique » à un niveau acceptable d'interlocution c'est-à-dire mettre en lumière le manque d'uniformité de mes régimes de preuve dans le cas témoin. Voir à ce sujet CHAUVIER, 2011, 107

aux situations d'enquête, la démarche éthique consiste alors à interroger nos prises de position[1].

Le cas de Aïchatou révèle plusieurs dimensions de la prise en charge de la méningite épidémique que d'autres études sur les parcours de soins dans le milieu hospitalier en Afrique ont décrit[2]: l'inégalité des moyens qui réduit ou complexifie l'accès aux soins pour les plus démunis, les motivations pécuniaires des agents de santé, qui les conduisent à monnayer la prise en charge (la plupart des enquêtés ont eu la méningite ou un proche qui l'a eu, et précisent qu'ils ont payé les soins ou le lit) ou à fournir des soins aux rabais, la violence structurelle autour de la prise en charge, la permanence de la délégation des tâches médicales, l'absence d'échanges d'informations entre praticiens et malades. A côté de ces obstacles, d'autres facteurs d'ordre socio-économiques ou qui relèvent de la biographie familiale, entrent souvent en jeu pour ne pas dire inévitablement dans le parcours de soins. Il s'agit de la pauvreté de la famille qui empêche le père de se rendre visible, mais également du bouleversement de la structure familiale qui voit les femmes déjà surchargées de travail, endosser le rôle de chef de famille en l'absence du père dans la plupart des ménages, marqués par le départ des hommes à l'étranger ou en ville pour des raisons économiques. L'accès aux soins dépend des ressources de la personne, de son capital socio-économique, de sa position géographique, du genre et des types de solidarité qui se nouent autour du patient.

La présence de Fayçal ainsi que des entretiens avec le personnel soignant montrent que l'erreur de diagnostic est quant à lui extrêmement problématique, dans la mesure où elle induit une prise en charge tardive du méningitique, qui peut se révéler tragique, étant donné l'évolution fulgurante de la maladie. Certains des symptômes de la méningite, font penser au paludisme. La tendance du personnel de soins à diagnostiquer quasi systématiquement du paludisme chez la majorité de leurs patients, est relatée dans plusieurs études[3]. Pour la

---

1 Voir THIONGANE O, 2012 (b)

2JAFFRE, Y et OLIVIER DE SARDAN, 2003, op.cit

3 Voir la thèse d'état en médecine de JACQUES OLIVIER BAUMY, 2011 sur l'offre de soins dans deux centres de santé de Keita. Il y dresse un tableau (n°26) qui compare le motif de consultation du malade et la classification du diagnostic. Résultat 90% des motifs de consultation coïncident avec le diagnostic de l'infirmier, page 105.

méningite, une fois la médication débutée en l'absence de diagnostic clair, il est encore plus difficile en cas de changement de protocole de soin, de confirmer par un test la présence des méningocoques, étant donné que les professionnels risquent de se trouver devant ce qu'ils appellent une « méningite décapitée » qui rend malaisée l'identification de la bactérie.

La pathologie et sa prise en charge relèvent de mécanismes complexes et de logiques d'acteurs. L'ordinaire de la prise en charge de la maladie dans une structure de santé malgré le temps épidémique nous ramène à la réalité quotidienne vécue par les malades et les soignants ici peu de traces de surveillance bactériologique en l'absence de TDR et face à un personnel médical débordé ou peu motivé et méfiance devant les chiffres compilés dans le tableau de MDO par l'épidémiologiste qui enregistre ce qu'on lui transmet. La méningite et l'épidémie sont régies par une incertitude du diagnostic, de la déclaration de la maladie, de la prise en charge, plusieurs difficultés qui soulèvent déjà des questions sur la stratégie actuelle de l'OMS.

D'autres vécus témoignent de ces difficultés et interrogent encore plus l'ordinaire de la maladie.

7.5 Kariya Muhamed:

Kariya est née à Morey[1], c'est une femme que nous avions croisée furtivement en 2009, lors des séances de vaccination dans la cour de l'école primaire du village de Guidan Fako, situé à 3 km de Keita. Elle avait refusé ce jour là de se vacciner prétextant qu'elle n'aimait pas la piqûre et qu'elle était pressée. Elle allait faire ses courses au marché de Keita. Une semaine plus tard, elle mourrait, laissant un nourrisson. Nous sommes allés à ses obsèques. Kariya avait environ quarante ans. Presque un an après, nous sommes revenus dans son ancienne maison afin de visiter la famille, mais également de revenir sur les circonstances de sa mort. C'est son mari que nous avons demandé à voir, celui-ci est un commerçant mais également

1Ce village est situé à 4,6 km de Keita

un éleveur. Il possède un cheptel de dromadaire, de vaches et de moutons. Il lui arrive d'aller vendre des produits au marché hebdomadaire de Tamaské situé à une vingtaine de kilomètres du village et à une heure trente à dos de dromadaire. Il vit dans la maison paternelle. Celle-ci est une vaste concession, où vivent plusieurs femmes notamment des tantes de Moha et ses sœurs, dix sept personnes au total. Hormis Moha, je n'ai pas noté de présence masculine adulte. La première fois Kalilou et moi avons tenus une conversation à bâtons rompus, nous n'avions pas voulu poser des questions puisque nous n'avions pas encore présenté l'objet de notre étude. Les relations avec la famille se sont nouées lorsqu'il m'a été demandé par la grand mère de la morte d'intervenir au CSI pour qu'on consulte l'orpheline qui selon les dires de ses proches ne mangeait plus et pleurait beaucoup. Nous avions très vite compris que ce sont les nutriments et farine alimentaire dont disposaient le CSI qui étaient objet de sollicitation. La belle sœur de Kariya m'avait expliqué, qu'il était difficile de venir dans un centre de santé où on ne connaissait personne, qu'elle avait peur de ne pas être reçue ou qu'on ne prenne pas en compte les souffrances du bébé. Je n'étais pas sure que je pouvais influer sur les décisions du personnel de santé, j'ai promis néanmoins d'en toucher un mot au responsable du CSI avant de quitter Keita, ma première étape de recherche prenant fin. Lorsque nous sommes revenus une année après, la famille nous a accueillit Kalilou et moi en remerciant, beaucoup avait été fait parait-il et le bébé se portait bien. On nous apprend que l'enfant a été confié à sa grand-mère maternelle qui habite dans un autre village. C'est à cette occasion que dans la cour de la maison nous avons pu expliquer notre objectif puis solliciter Moha de nous accorder un entretien.

Le veuf n'est pas un homme loquace de prime abord. Regard las, menton fuyant, mains calleuses, veste ressemelée et sandales usées, Moha est si écorné par la vie, qu'il est difficile de lui donner un âge. Il nous a toujours reçu dans la même chambre d'époux, celle qu'il partageait avec la défunte, accroupi sur ses talons et à l'écoute. Les modes de sollicitation ont été différentes d'une année à l'autre. La première fois, le contexte de production du témoignage, un jour d'obsèques, nous a dissuadés par un devoir moral, à conduire un entretien formel et c'est en présentant nos condoléances que nous avons obtenu des informations préliminaires sur la maladie ayant entraîné le décès de la femme de Moha en

écoutant les femmes en discuter. Les données de la discussion reviennent sur les circonstances de décès de Kariya. Les témoignages ont été recoupés avec celui du boutiquier. Le contexte de production du témoignage, un an après nous a paru plus favorable, élaboré en intimité, il garde l'avantage de se faire dans une démarche codifiée et non une présence opportuniste qui avait été possible parce que Kalilou voulait présenter ses condoléances. En outre, Moha semblait plus disponible à parler du moins sur certains aspects de la question, ce qui nous a encouragé à solliciter un entretien semi directif sur la mort de sa femme et l'avenir des enfants. Des variations légères sont apparues sur les circonstances du décès de Kariya que nous avons liées au changement de modalité discursive (conversation à bâtons rompus à l'entretien formel enregistré) ainsi qu'au temps écoulé entre la prise de parole et l'événement en question. Certaines questions périphériques à la maladie ayant trait au souvenir, à la mort ont réveillé des émotions et instauré des silences. En réalité, la situation d'enquête dans ces types de récit nous en apprend plus que le récit lui-même, sur comment la culture et le milieu social sont des éléments importants sur la manière d'appréhender le corps et maladie et sur le poids des tabous sociaux, de la pudeur notamment concernant la douleur de la mort. Je me suis abstenue en accord avec Kalilou de poser certaines questions affectant l'intimité et réveillant des souvenirs douloureux tels que le partage des biens de la femme ou sur l'absence. J'ai pour cela échangé longuement avec Kalidou sur le choix des questions et un regard complice permettait de ne pas s'appesantir sur d'autres, lorsque nous percevions l'attitude affectée de Moha ou sentions de la gêne.

Kariya Muhamed s'est réveillée un dimanche matin, avec des maux de tête. C'est pendant qu'elle prépare le petit déjeuner pour son époux, en pilant une céréale dans le mortier, qu'elle ressent les premiers élancements, « comme des coups portés à la base du crâne ». Elle s'en ouvre à son mari et lui prie de lui acheter du paracétamol à la boutique du village. Moha s'exécute mais à son retour, sa femme se plaint du cou qui lui aussi a commencé à faire mal. Moha lui tend les comprimés de Paracétamol qu'il vient de payer, mais Kariya a changé d'avis, elle refuse de prendre les médicaments et décide de se rendre au CSI de Keita. Son mari lui suggère de se rendre plutôt à Morey, le village de sa naissance puisque la sœur de

Kariya travaille à la CS mais son épouse refuse. Il lui demande alors de bien songer à nourrir les bêtes à son retour de Keita.

Kariya s'apprête et sort de la maison avec l'intention de se rendre à pied à Keita, le mari dit ne pas s'être inquiété par l'état de sa femme croyant à un banal mal de tête. Il repasse néanmoins chez le boutiquier avant de se rendre au marché de Tamaské pour lui demander de déposer son épouse à l'hôpital. Le boutiquier devant aller au marché ce jour là et possédant une moto, accepte. Il rejoint Kariya qui a déjà entamé la route à pied. La piste qui relie Guidan Fako à Keita n'est pas différente des autres pistes mais est particulièrement inconfortable en moto à cause des pierres. Quand ils arrivent au CSI, Kariya se plaint de plus en plus de la tête. Elle paie mille francs pour l'acquisition du carnet de consultation et attend son tour, le boutiquier la laisse dans la salle d'attente et s'en va au marché comme prévu. Un quart d'heure plus tard, une femme la rejoint alors qu'il fait ses courses et lui apprend que la malade qu'il a emmenée à l'hôpital est mourante et que l'infirmier demande si elle a des proches. Le boutiquier se précipite au CSI qui est à cinq minutes à pied du marché, et apprend que Kariya s'est effondrée par terre, inconsciente. On l'a allongé sur un lit. C'est le major qui s'occupe d'elle. Il s'enquiert de l'état vaccinal de la malade auprès du boutiquier qui n'en sait pas plus que lui. Le boutiquier est alors pressé de se rendre au village pour demander si Kariya avait été vacciné contre la méningite quelques jours plutôt. A Guidan Fako, il récupère la belle soeur de Kariya et tous deux se dirigent vers Keita. À leur arrivée, on leur annonce que la patiente est morte. Le major leur a expliqué que la femme était plongée dans un coma et qu'une injection avait fait raidir ses muscles, elle est morte sur le coup. Il a demandé visiblement agité à ce qu'on vienne chercher le corps le plus vite possible. Sa confusion a frappé suffisamment le boutiquier pour qu'il l'évoque. Moha l'époux est à Tamaské, il ne possède pas de téléphone, le boutiquier bouleversé par la rapidité des événements enfourche sa moto pour une seconde fois et reprend le chemin de Guidan Fako prévenir la famille de Kariya. Le corps est en instance à la morgue. Les belles sœurs et quelques hommes du village font à pied les trois kilomètres pour chercher la défunte. C'est un autre boutiquier celui de Keita, qui va leur donner sa voiture. La famille lui donne deux mille cinq cent francs pour le service rendu. La levée du corps a lieu aux environs de midi.

Le corps de Kariya est lavée par la belle mère et les belles sœurs, durant le bain mortuaire la main de la morte a tressailli raconte les femmes. Moha a été prévenu et arrive tout juste avant que son épouse ne soit mise à terre. Les laveuses ont eu l'espoir que Kariya allait ses réveiller en voyant sa main bouger. Tout a été trop rapide, incompréhensible disent-elles. L'enterrement a lieu à quinze heures trente après la prière à la morte. Moha est resté sous le choc un an après, il ne comprend pas cette rapidité funeste des événements qui lui a ravi en quelques heures, la mère de ses six enfants. Il culpabilise et ce sentiment le poursuit un an après: « Si je pensais que c'était une maladie grave, je ne serais jamais allé au marché ce jour là. J'ai pris les choses à la légère[1]. » La plupart des villageois ont cru qu'il s'agissait d'une mauvaise plaisanterie, le boutiquier en tête lorsqu'il est réapparu au CSI, accompagné de la belle sœur. La rapidité des événements les a laissés sans voix et songeurs. Une semaine après l'enterrement, Moha s'est demandé de ce qu'il allait faire de ses enfants qui ne sont pas habitués aux autres personnes.

A Guidan Fako, le bruit court que Kariya est morte de la méningite même si l'infirmier n'a donné aucun renseignement aux parents. Lorsque nous demandons aux femmes comment elles peuvent en être aussi sures, elles rappellent qu'elles étaient là, le jour où Kariya a refusé le vaccin. Personne ne la blâme mais tout le monde est consterné. À la cérémonie du huitième jour, nul ne s'enquiert de quoi elle est morte, tout le monde est muré dans ces certitudes. D'ailleurs pendant des obsèques, il n'est pas d'usage de demander de quoi une personne est morte, par pudeur. Le mari également est convaincu que son épouse est morte de la méningite, le boutiquier lui a confirmé que Kariya s'est plaint de mal de cou une fois au CSI, ce qui ne fait plus pour lui de doute. A la question de savoir pourquoi Kariya est morte, le mari étonné répond :

> «C'est Dieu qui en a décidé ainsi. Mon père, un jour était à l'hôpital, il était malade mais ce jour là il se sentait mieux, guéri même, il m'a demandé une bouillie, je le lui ai donné, il m'a renvoyé ensuite à la maison très satisfait de son déjeuner. Avant que je n'arrive chez moi, il était mort, il

1Entretien avec Moha, 22 mars 2009, Guidan Fako

y a de cela 8ans. Depuis je me dis que c'est Dieu qui décide. Je n'ai pensé à rien. J'ai confiance en Allah. J'ai envie de pleurer rien qu'en pensant à cela[1]...»

Les conceptions de la maladie et les pratiques qui y sont afférentes nous ont confrontées inévitablement à l'expérience de la mort en temps d'épidémie. Le récit de vie est un moyen d'appréhender l'expérience de la maladie mais aussi de la mort en tant que perturbation mais également continuité. Le processus de fabrication de sens autour de la souffrance est influencé par la culture haoussa qui valorise la dimension de l'inéluctable ainsi que du détachement face à ce que la vie nous donne et nous reprend. La gestion de la mort en temps épidémique est la même que quotidienne, étant donné qu'on meurt en tout lieu et en tout temps, à chaque individu son heure. La mort introduit une dimension de changement irrévocable[2], pendant une épidémie on a souvent affaire à une mort subite, on ne parvient pas à y croire comme l'illustre l'étonnement douloureux de Moha. Si la mort est la seule certitude dans la vie, son apparition introduit pourtant une rupture et fragilise toutes les autres certitudes antérieures et les projets de vie : élever les enfants en commun en suivant la religion, acquérir de nouvelles têtes de bétail, agrandir la concession. Moha se demande pris de court, ce qu'il va advenir de lui et de ses enfants dorénavant. Même si les personnes éprouvées comme Moha ou la mère d'Aïchatou qui ont perdu respectivement une épouse et un fils, essaient d'introduire de la continuité par exemple en effectuant des visites fréquentes au cimetière, ou en comptabilisant la personne morte parmi la progéniture vivante, la dimension "*disruptive*" de la mort affecte encore longtemps.

La quête de la « bonne mort » représente une dimension sociale et religieuse. La crainte chez les interviewés ayant expérimenté la mort en période épidémique est de perdre leurs parents dans ces circonstances de mort subite parfois violente, de mort désarmante et brutale de mort sans au revoir. « Bien mourir » c'est ainsi mourir dans la vertu et la quête de la spiritualité, c'est avoir la possibilité de mourir auprès des siens en exprimant les formules de

1Entretien avec Moha, 4 février 2010, Guidan Fako

2 BECKER GAY, 1999

la *shahada*[1]. L'expérience de la mort en période épidémique renouvelle les pratiques de solidarités et les rites religieux face à une expérience douloureuse, cependant on ne note pas de perception singulière de la mort dans une temporalité épidémique.

Il peut exister des rapports distanciés à la mort comme ce fut le cas du major. Dans cet exemple, il est renforcé par la rapidité du traitement du corps mort dont il faut se débarrasser au plus vite. Mais en somme les gens vivent avec leur mort car la perte d'un proche est inéluctable et fait parti du processus de la vie :

> « Vous voyez, on a la conviction que chacun, y a quelque chose qui va l'emporter, donc on n'a pas peur. On ne fait pas comme les blancs qui emmènent leurs vieux dans les maisons de repos. Quand ils prennent leurs fous, ils les emmènent dans la ville. Non! Nous, on garde nos fous avec nous, on garde nos malades avec nous. Si Dieu fait qu'on guérisse tant mieux, si Dieu fait qu'on meurt, c'est que c'était prévu[2]. »

Le recours à l'explication divine est une forme culturelle de résistance au malheur. Elle a fonction de contrôle social des émotions. Selon Arthur Kleinman, la perspective religieuse permet souvent de transcender l'infortune[3]. En milieu haoussa, la vie est émaillée d'événements imprévisibles, associés au destin de l'homme, pilotés par la volonté divine, de ce fait la conception du cours de la vie est différente à d'autres modes de pensée valorisant la notion de projet de vie. Ici les notions d'imprévu, de catastrophe, d'infortune sont pensées à travers des schèmes religieux et culturels qui placent Dieu au centre et à la source du destin de l'Homme. En ce sens, la vie comme la mort ne peuvent être prédit ou prévisible. L'incertitude, l'imprévisible, l'aléatoire caractérisent le quotidien aussi bien dans le domaine économique, sanitaire qu'environnemental: les pluies, les pâturages, les semences. La mort demeure l'événement imprévu par excellence comme dans la plupart des sociétés.

---

1 En islam, c'est la profession de foi déclarant l'unicité de Dieu. C'est une formule que récite les moribonds ainsi que les convertis embrassant la religion musulmane.

2 Le Chef de canton de Keita, 15 mars 2009

3KLEINMAN, A, 1998, op cit, page 27

On peut noter par ailleurs, que dans les itinéraires de malades que nous avons suivi, les parents des malades se sont interdits à formuler la moindre accusation envers le personnel médical, même quand l'issue de la maladie est fatale, alors que les conditions de la prise en charge ont été ouvertement reconnues comme inappropriées. Le médecin n'a pas eu à élaborer un constat de décès, la plupart du temps, il est à la charge de l'infirmier. Le premier était absent et me dit avoir entendu parler de cette malade. De quoi Kariya est morte? Personne ne le saura jamais, même si elle figure dans le registre des méningitiques ayant reçu une injection de ceftriaxone et qui est décédée le jour même. Lorsque nous avons demandé au major ce qui animait sa volonté de connaître l'état vaccinal de Kariya avant de le traiter, il nous a répondu que c'était une façon de voir s'il pouvait s'orienter vers une suspicion de méningite. Ce que nous avons observés à Keita tend à démontrer qu'en temps d'épidémie, en l'absence de temps et de diagnostic rapide, plusieurs malades et décès sont imputés à la méningite, ce qui pose un problème sérieux par rapport aux notifications, à la surveillance et de la stratégie globale de santé publique. Les itinéraires de Kariya et d'Aïchatou se rejoignent en des point précis : le temps de l'épidémie est le temps de l'incertitude: du diagnostic, du traitement, de la notification. Il s'agit le pus souvent de cas présomptifs. Les enregistrements de cas de méningite se font dans une logique de déclaration de la peur pour traduire l'expression plus juste de « *notification fear* » emprunté au Dr Rubert Boyce (1911) par l'historienne des épidémies Sheldon Watts[1]. Cette notification de la peur bien qu'elle ne soit pas traduite est la règle plutôt que l'exception. Ces exemples précis ne permettent pas de généraliser en aucune façon ce qui se dessine pourtant comme une lacune ignorée par le système d'alerte du pays. Il existe par ailleurs des problèmes inhérents à la structure de santé de Keita à savoir : le manque de coordination entre les membres du personnel soignant, la délégation des tâches, la dissimulation et l'instrumentalisation des données statistiques. Le manque de coordination du personnel soignant fait que le cas des malades n'est pas discuté entre médecins, ce qui rend inaudible l'expérience des patients mais également celle des soignants. Quant à la délégation des tâches, elle concerne tout le personnel du CSI du médecin au manœuvre qui fait des pansements en passant par le pharmacien qui confie la

1WATTS, S, 1997, op cit

délivrance des médicaments au même manœuvre. Dans la majeure partie du temps, les infirmiers eux, délèguent le travail à ce qu'un rapport de MDM nomme « la horde des stagiaires[1] ». Ce sont les élèves des écoles de santé publique venant d'autres régions du pays dans le cadre d'un stage. Cette délégation des tâches est faite également à des bénévoles. L'État recrute peu, en 2009 il y avait un médecin de district pour 293 630 habitants[2] en 2011 il y en a 2, le pourcentage de personnel disponible dans les formations sanitaires est en net régression depuis 2006 suite à la construction de CSI supplémentaires[3]. Le personnel médical surchargé à certains moments préfère se décharger sur des stagiaires, bénévoles ou autres bonnes volontés pratiquant sans complexe du tâtonnement médical.

Le cas de Kariya dévoile en outre, le caractère traumatisant d'une perte en milieu hospitalier, dans un contexte d'épidémie, autant pour le mari qui cherche ses mots que pour l'infirmier qui demande urgemment qu'on le débarrasse du corps. Il révèle également au vu de l'interprétation donnée à la mort de Kariya par les gens de son village, du caractère fréquent de l'imputation systématique des décès à la méningite en période d'épidémie.

Par ailleurs, peu de priorité est donnée à l'information des patients, au devenir de leur corps et de leur santé comme s'il s'agissait d'un impensé dans le milieu médical. La figure autoritaire du médecin installe celui-ci dans la position du patron avec tous les rapports de hiérarchie et de subordination qui peuvent en découler. Des demandes de compte rendu ou d'informations explicites sont rares de la part des malades. Les paysans confèrent en outre à la médecine des compétences rarement remises en cause ou même questionnées. L'interaction entre patient et malade donne à voir un dialogue silencieux, parfois de sourd entre la souffrance et sa prise en charge. Dans certaines situations qui se donnent à voir dans les échanges entre infirmier et malade entre sage femme et patient, le souci de l'autre semble être réduit à sa micro expression.

---

[1] MDM, Rapport mensuel Keita, Janvier 2009, page 8

2 Donnée fournie par le médecin chef du district

3 Il est de 56% en 2006 contre 43,75% en 2009. le district de Keita compte au total 16 CSI. BAUMY, 2011, page 74

7.6 Saguiru et famille

Hamadou Saguiru est un maçon instruit âgé de 52 ans. Il a deux épouses et neuf enfants. Cinq autres enfants sont décédés avant l'âge de dix ans entre 1991 et 2002. Les parents affirment que d'eux d'entre eux sont morts de la méningite, les autres pour une raison qui leur est inconnue. L'aîné de ses enfants, Ibrahim est né en 1991, il a eu des maux de tête violents en 2001 alors qu'il était en classe de CE1. Prévenu par le directeur de l'école les parents se précipitent pour le ramener au CSI de Keita. Une infirmière de l'époque nommé Hadja Milly écoute la version des parents, leur donne du paracétamol et renvoie le groupe. Le soir, l'état d'Ibrahim empire, il a commencé à vomir, le mal de tête ne descend pas (*ci wankey ba sabka*) et il se plaint de ne plus pouvoir bouger la nuque, le « cou allait en arrière[1] », les parents inquiets l'emmènent à nouveau au CSI, là ils insistent pour qu'on consulte à nouveau leur fils et racontent ce qui s'est passé à la maison. L'infirmière fait alors une ponction lombaire et décide de lui donner une injection de sérum. Ibrahim meurt sur le coup.

En mars 2010, c'est autour de la petite Habu Hamadu Saguiru. Elle a sept ans, elle est en CE1, elle rentre à la maison et se couche sur le lit en se plaignant de maux de tête violents. La mère espère que ça va passer mais en début d'après midi, les parents décident de la ramener au CSI de Keita. Là, Tidjani, leur donne du doliprane et les renvoie. Au crépuscule, la petite crie et commence à délirer, les parents repartent au CSI, la mère est convaincue qu'il s'agit de la même maladie qu'Ibrahim car sa fille est agitée et a de la fièvre. L'infirmier dément ses suppositions, leur redonne des comprimés et les renvoie. Le lendemain la petite ne parvient plus à uriner, elle est ramenée au CSI où elle est hospitalisée, on lui pose une sonde urinaire et lui donne du ceftriaxone pendant quelques jours, elle aura reçu dix perfusions au total puis elle est autorisée à rentrer chez elle. Quelques temps après, les parents se rendent compte que la petite Habu est devenue sourde. Les parents préviennent le directeur de son ainsi que le maître d'école qui demande sans voir l'enfant, à ce qu'on la retienne à la maison. Habu n'est plus scolarisée.

[1] Entretien avec les membres de la famille Saguiru, lundi 28 mars 2011 à Keita

À la mi avril 2010, une semaine après, sa petite sœur Habu c'est Muhamadu, qui tombe malade. Il a quatorze ans. Il est taciturne et plutôt lunatique. Pour toute question qu'on lui pose, il fond en larmes. « C'est comme ça depuis qu'il est tout petit », affirme sa mère, il est comme son frère Ibrahim qui est mort quelques années plutôt d'une méningite? Foudroyante. On dit de Muhamadu que c'est un vrai bouzou, un "homme proche du cœur", trop sensible, qui prend les choses trop à cœur au point d'en être bloqué. Alors il est devenu taciturne, ses parents n'entendent le son de sa voix que très rarement. Ils ont accepté qu'il quitte l'école à l'âge de huit ans, il n'en voulait plus et ils n'ont pas insisté, à la place, il surveille leur petite boutique et joue avec deux de ses amis le soir. Il ne se souvient presque plus de sa maladie une année après, juste de maux de tête violents, ses souvenirs sont hachés. Il lui coûte de parler, alors il ne nous dit rien et comme on insiste et que nous lui demandons comment il va prendre femme s'il a la paresse de lui parler, il fond en larme. Sa mère parle pour lui et affirme qu'il a vomi et s'est plaint de maux de ventre. La famille est quasi rodée, aux premiers signes, les parents ont emmené Muhamadu à l'hôpital, c'est le même infirmier que pour sa sœur, qui le prend en charge et le retient trois jours au CSI de Keita. Il lui fait deux injections de ceftriaxone par jour. Muhamadu va se rétablir au bout de dix jours. Dans les trois cas, les parents ont eu à payer des frais de carnet et de lit pour l'hospitalisation. L'infirmier Tidjani a confirmé que Muhamadu a bien eu la méningite.

En juin 2010, seulement deux mois plus tard, c'est la première épouse, Habsatou Mahaman née en 1971 à Keita qui ressent des maux de tête violents aux environs de onze heures alors qu'elle est occupée par les travaux ménagers. En une heure, elle ne tient plus sur ses jambes. Elle raconte que tout son corps était douloureux (*ciyòo giki da agana*), le mari avertit fait venir un véhicule et transporte sa femme au CSI. A nouveau on leur donne du paracétamol du quinimax et de la nivaquine[1]. Ils reviennent à la maison mais au crépuscule, elle se sent mal et ils repartent au CSI, là les infirmiers lui « tirent l'eau du dos », lui font une injection, et la retiennent trois jours au CSI. Lorsqu'ils lui donnent congé, elle est à peine guérie, ils lui recommandent de continuer la médication à la maison. Les parents supposent qu'il s'agit de la méningite. Habsatou raconte qu'elle ressent toujours des douleurs là où on lui a enlevé,

[1] Le cocktail est détonnant, toutes les ordonnances ont été gardées par le père

l'eau du dos, ça chauffe (*zahii korey*). Alors elle s'asperge d'eau pour se rafraîchir. Quelques jours avant l'entretien, elle a été hospitalisée au CSI pour ses douleurs.

La famille Saguiru a eu une expérience de la maladie qu'on ne peut qualifier d'"exceptionnel" qu'avec prudence mais somme toute singulière. Plusieurs familles à Keita ont eu à souffrir de la méningite. Cependant, le coût émotionnel, économique et social subi par la famille Saguiru est élevé. Ils ont perdu un fils, une fille est devenue sourde et la mère se plaint de douleurs lombalgiques chroniques. Le récit de la mère sur sa maladie et sur les douleurs qui l'assaillent aujourd'hui tente constamment d'introduire une continuité entre son expérience d'hier et d'aujourd'hui ce qui est d'ailleurs fréquent chez d'autres interviewés et qui laisse comprendre que la méningite dépose des stigmates chez les populations affectées. La maladie marque les corps celui de la petite Habu qui a perdu l'ouïe, de la première épouse qui souffre de lombalgie, de Muhamadu devenu plus taciturne et secret. Par ailleurs, nombre des séquelles relatées qui concernent pour la plupart des douleurs de dos sont rattachées à l'expérience de la méningite que les patients ont eu comme si leur corps se refusait à en exclure les traces alors que certains symptômes peuvent refléter plutôt la charge de travail lourd qu'elles effectuent: couper du bois, transporter du matériel lourd, cuisiner dos courbé et visage penché sur le foyer qui crache une fumée acre aux yeux, etc. Ces problèmes physiques ne sont donc pas toujours des conséquences directes de la méningite mais sont connectés à elle dans les représentations collectives de la souffrance. L'image donnée par Arthur Kleinman[1] de la maladie agissant comme une éponge dans la relation personnelle du malade corrobore avec les témoignages. En obligeant les parents à assurer l'éducation des enfants qui ont échappé à la mort, seuls et à domicile, en introduisant des sensations de douleur devenue chronique, la maladie a institué plusieurs césures dans la vie des Saguiru, même si elle n'est pas perçue comme ayant introduit un changement irrévocable dans leur vie. La maladie des trois membres de la famille ainsi que le décès de trois autres enfants s'intègrent dans le cours normal de leur vie comme une série d'épreuves.

[1] KLEINMAN A, 1988, op cit, page 31

L'expérience hospitalière de cette famille, est significative à plus d'un titre du contenu de la prise en charge médicale. Elle est révélatrice de la médicalisation de la douleur. Les comprimés ont fonction de remèdes magiques, aucun malade ne repart sans ordonnance et sans comprimés, généralement les mêmes, la prescription est souvent rigoureusement identique ce qui conduit certains patients à revenir après l'échec de la thérapie. Le peu de crédit accordé au récit du patient (les parents soupçonnent plus d'une fois la méningite et en font part à l'infirmier qui nie sans diagnostic et donne des comprimés) met également en lumière la pauvreté de la relation thérapeutique. La parole du malade semble n'avoir que peu de valeur pour l'autorité médicale et ceci d'autant plus que le patient ou sa famille n'est pas scolarisée et ne détient pas par conséquent des ressources intellectuelles et sociales nécessaires pour imposer son point de vue.

La première victime recensée comme telle de la méningite de la saison 2009, est Rahiba Mayaki évoquée plus haut, ses parents ont été conduits au CSI par un avocat de passage dans la ville qui a exigé un diagnostic de méningite alors que l'infirmier posait une perfusion immédiatement après avoir reçu la malade, demande qui a été suivi d'effet mais qui n'a pas pu empêcher la mort de l'enfant dans les heures qui ont suivi son hospitalisation.

Les mises en forme de la politique de santé publique autour de l'épidémie de méningite au temps présent révèle et renforce plus qu'elle ne démentit un enracinement du gouvernement de la maladie dans la formule d'urgence. La gestion des épidémies de méningite à Keita dépend de l'aide de l'ONG et subit les insuffisances de la décentralisation sanitaire au Niger qui conduit la gestion de la santé à dépendre des décisions au niveau de la capitale Niamey. Les ressources envoyées ne viennent qu'en goutte et les acteurs locaux au niveau du district, ne parviennent pas à décrypter clairement les enjeux politiques et institutionnels autour des vaccins ou des tests de diagnostic ou encore de la déclaration nationale d'une épidémie après alerte. L'analyse situationnelle du district sanitaire qui éclaire les rapports entre acteurs de santé publique, entre eux-mêmes et méningitiques en temps d'épidémie permet de penser les productions et reproductions des inégalités de santé, l'importance de la disponibilité des ressources pour mener des actions de santé publique et le flou autour des consignes et du

diagnostic en temps épidémique. La rareté des ressources et la complexité des normes internationales basées sur la surveillance, la notification des cas, le diagnostic par ponction lombaire conduisent à bricoler avec les moyens disponibles donne à voir une distance entre les normes et les pratiques.

La méningite comme maladie et non phénomène collectif est prise en charge en quelque sorte par les médecines traditionnelles au contact desquelles, la maladie prend d'autres contours. Il est alors à la charge de l'anthropologue de découvrir les glissements qui s'opèrent entre entités nosologiques populaires et la nouvelle quête du sens qui est initiée par les guérisseurs et les familles. Il y a comme une permanence dans le champ de la santé publique relevant de la médecine occidentale et de la médecine des guérisseurs, c'est qu'en temps d'épidémie, l'identité de la maladie est fuyante, la méningite est comme insaisissable au sein des catégories « cas suspect » ou maladie de *doguwa* ou *s'òoroo* dans lesquelles elle est emprisonnée, travestie. Emaillée par le paradigme de l'incertitude, cette maladie régnante est au centre de tout sans qu'on sache vraiment si c'est elle. Le terrain révèle peu ou pas assez comment alors par son surgissement, elle est problème de santé publique. S'il faut des données objectives pour déclarer une épidémie, sa construction sur le terrain révèle le flou artistique dans le diagnostic et le bricolage dans le ciblage des populations à vacciner autant que l'importance non négligeable de l'intervention humanitaire. Ce qui est paradoxale dans l'ethnographie du cas concret de traitement du problème, c'est de ce qu'elle révèle de l'aveuglement et l'obstination des politiques de ne pas prendre en compte les réalités sociales et sanitaires dans lesquelles les épidémies de méningite font leur lit. Dans l'attente que les seuils d'alerte puis d'épidémies soient atteints, que les moyens soient mis en place, que les programmes d'urgence y trouvent leur compte, la politique de santé publique telle qu'elle est formulée devient elle-même le problème.

Photo 5 : la classe de Halimatou Dawi, derrière le groupe, les classes en paille

Keita, 2009, Thiongane

CONCLUSION :

En début de recherche, j'étais partie sur les controverses qui existent à propos de la vaccination contre la méningite, puis je me suis intéressée à une chape de plomb un peu plus au dessus qui concerne la question du problème de santé publique que constitue l'épidémie de méningite. Au fil du terrain, en écoutant certains bruits sourds concernant la gestion même du problème de santé qui se confond à la maîtrise de l'épidémie et les stratégies mises en place, je me suis demandée comment on en était arrivé là. Cette réflexion m'a conduite à chercher la part construite du problème de santé publique, la question de son émergence, de ses définitions et redéfinitions.

Se sont succédés trois cadres de pensée qui correspondent à des séquences entre la période coloniale et l'époque moderne. Le premier est celui des épidémies de méningite qui relèvent de l'exception et d'un régime de danger auquel est confronté l'administration coloniale, fortement en faveur de la pensée contagionniste. La cible est alors le malade et ses proches, des suspects contraints par des méthodes coercitives à se dépouiller de leurs germes. Les mêmes inquiétudes et pratiques sont renouvelées lorsque la méningite épidémique refait surface quelques années plus tard. L'épidémie est un moment « inéluctable », un « fléau périodique » qui fait naître deux attitudes contradictoires entre combat et « résignation[1] ». Malgré des doutes sur l'approche contagionniste, au Niger des témoignages sur la persistance des camps d'isolement jusque dans les années 70 avec le grand rôle joué par le lazaret dans la séparation des corps sains et malades met en lumière les hésitations de la santé publique et l'indétermination des autorités médicales sur la notion de contagiosité de la méningite bactérienne.

La seconde séquence est la période débutant dans les années 60. Léon Lapeyssonnie chargé de définir le problème de santé publique construit les épidémies de manière à leur donner une saisonnalité, un caractère prévisible, un environnement favorable à leur extension —ce Sahel pathogène— et met en lumière le caractère endémique de la méningite et cette image

[1] LAPEYSSONNIE, 1963, page 4

d'animal qui sommeille pour mieux bondir. Dans son étude, il lui fait perdre en dehors de son caractère d'exception d'antan, sa globalité, le transforme en enjeu continental et sous régional, en problème « spécifiquement africain ». À la même époque, les travaux cliniques menés au centre Muraz permettront de prendre au sérieux la notion de portage de méningocoque. Ils mettent en lumière la complexité du passage du portage à l'infection ainsi que l'importance et le rôle joué par des porteurs sains disséminés dans l'ampleur des épidémies[1].

Le dernier cadre de pensée qui correspond également à une autre séquence et celle de l'urgence apparue dans les années 90, lorsque les ONG décident de rentrer pleinement dans la maîtrise des épidémies de méningite infiltrant le domaine de l'expertise et de la santé publique et arbitrant la livraison de la principale arme de guerre : le vaccin. L'histoire a tranché en 1975, le succès obtenu par vaccination de masse durant l'épidémie brésilienne ne peut être répliqué en Afrique. Raison ? Les africains n'ont pas les moyens de leur santé publique. Les décideurs de l'époque ont-ils fait preuve de cynisme ou au contraire ont-ils été des faiseurs de politique…clairvoyants ? On ne le saura jamais. Par ailleurs au Niger comme en Afrique, la diversité et la richesse des pathogènes, la rapidité des changements épidémiologiques et le caractère ubiquitaire du méningocoque sont à prendre au sérieux. En conséquent ce que dans la controverse de 1997 le camp de l'OMS désigne comme « un outil technologique défaillant » pour caractériser le vaccin, justifiera l'intervention d'urgence régnant comme paradigme de contrôle de l'épidémie, une stratégie exclusive de confinement, une question de bornage, d'espace et d'échelle jusqu'à la saison prochaine. Une remarque faite par un conseiller technique français au près du ministère de la santé du Niger résonne comme une réponse en filigrane : « le problème des épidémies de méningite est un problème de marché permanent [2]», autrement dit : pas d'épidémie, pas de vaccins.

[1] 8ème conférence technique de l'OCCGE, avril 1968, documentation technique n°VII/3, 2915, archives de l'OOAS Bobo Dioulasso
[2] Un conseiller technique du MSP, Niamey le 18 juin 2009

Les trois séquences ont des connections, chaque époque ne connaît pas un cadre de pensée exclusif. Pendant les années 60, l'humanitaire est présent, le politique aussi avec Michel Debré qui envoie les médecins militaire enquêter, c'est également l'armée française en arrière plan du Niger au Tchad, Bioforce (que je n'ai pas évoqué) qui encadre les épidémies de méningite qui sévissent dans les pays africains.

La méningite épidémique illustre également l'importance accordée à la question de la surveillance des pays pauvres et de son institutionnalisation même si des carences limitent la portée des ambitions politiques de la surveillance dans ces deux dimensions : épidémiologique et microbiologique. Sur ce terrain, ce sont les américains avec leur longue expertise en matière d'intelligence épidémiologique qui ont su en 1986 doter le SNIS de logiciels, de ressources et d'hommes formés, mettre en place un cadre institutionnel nigérien à la pointe des enjeux de sécurité sanitaire. Une société de l'intelligence épidémiologique acquise à la pensée statistique, la maîtrise des logiciels développés par le CDC. Si dans les années 2000, la pensée manichéenne de pays saheliens dangereux réservoirs des virus a émergé dans les médias et au sein des institutions comme l'OMS qui ressert l'étau de la surveillance dans le contexte d'émergence de la grippe et de la découverte du SRAS ; la DSSRE à la pointe de l'épidémiologie rompt avec la vision misérabiliste et moyenâgeuse de la santé publique en Afrique et même bonus, le Niger possède l'un des meilleurs systèmes de surveillance en Afrique de l'Ouest, ce sont les chercheurs de l'IRSMI qui le confirment et l'OMS qui acquiesce.

Deux logiques se confrontent sur le terrain, la logique institutionnelle et la logique des populations, celle des experts et celle de l'opinion, l'urgence et l'ordinaire et ceci dans une temporalité courte.

La logique institutionnelle se base sur une gestion technique de l'épidémie qui passe par une objectivation, la nécessité de la preuve, les négociations entre experts et politiques, la quête des ressources, des tensions liées aux intérêts différents des acteurs et ceci avec un arrière fond : un système de santé déliquescent. En conséquent, à tout point de vue la résolution du

problème posé par la méningite épidémique connaît plusieurs vicissitudes. Cette logique est par ailleurs assujettie à des normes de santé publique construites et imposées par les institutions internationales et même lorsqu'elles sont remises en question, sujet de plainte, les principaux intéressés, les acteurs de santé publique nigériens et africains sont singulièrement absents. On l'a vu après la pandémie de méningite de 1995 qui a soufflé comme un ouragan dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest. Par ailleurs, ces logiques et certains arbitrages échappent trop souvent au personnel de santé et encore plus aux populations.
Enfin, l'un des enjeux principaux de la maîtrise des épidémies de méningite est la santé des populations. En décentrant la recherche de l'institutionnel au milieu populaire dans une zone rurale, les logiques des populations sont tout autres. Elles tournent autour d'une critique à bas bruit de la rationalité épidémiologique et du ciblage qui impose aux vaccinateurs de vacciner toutes les personnes qui se présentent plutôt de subir la fronde populaire. Les logiques populaires élaborent également des systèmes de pensée sur la maladie qui rentrent de façon parfois troublante en résonance avec un système biomédical qui les ignore prêtant le flanc à des échecs thérapeutiques et à des malentendus. Enfin les conditions de vie des malades montrent que l'approche biologique et épidémiologique de contrôle de la méningite est irréaliste tant que les conditions de vie économiques et sociales des individus qui influencent sans doute de beaucoup la survenue de la maladie ne sont pas prises en compte. Pour le moment la grande confiance au Niger placé dans la surveillance épidémiologique et bactériologique et dans les campagnes de vaccination rend invisible l'importance de prise en compte des modes de vie des populations les plus exposées aux épidémies.

Il est heureux dans cette thèse que tout n'est pas été dit ou ait été loin d'être dit. Il demeure que nombre de domaines de recherche peuvent être ouverts à la suite de cette réflexion et de l'aperçu qui a été donné pour une anthropologie de la méningite.

Le premier tiroir concerne les dialogues d'experts et les liens entre le développement de la bactériologie et la problématisation de la méningite. Il s'agirait de voir s'il y a eu des groupes scientifiques importants qui ont pesé de leur poids dans la construction de la méningite

épidémique en étant attentif aux réseaux internationaux des experts, à leurs amitiés, leur influence et leurs oppositions des médecins de l'armée britannique à la Walter Reed Army américaine en passant par les anciens médecins militaire: de B B Waddy à L Lapeyssonnie en passant par E Gotschlich.

Le second tiroir à exploiter concerne les rapports entre la trajectoire de l'OMS et son investissement dans les épidémies de méningite à partir des années 60 précisément sur par quel processus l'OMS a intégré les demandes des experts et comment l'histoire de cette institution permettrait de l'éclairer.

Un autre domaine de recherche concerne une anthropologie des vaccins et de la politique de l'industrie pharmaceutique par rapport à la définition et au contrôle d'un problème de santé publique. Quelles sont les règles posées par l'industrie pharmaceutique pour l'accès aux vaccins et comment les pays pauvres négocient cet accès, quels sont les moyens dont ils disposent pour le négocier ? quels rôles jouent les instances supranationales comme le GAVI et l'ICG dans l'accés aux vaccins et comment les normes qu'ils construisent sont appropriés ou pas par l'action publique au sein des états africains ?

Un quatrième tiroir concernerait une anthropologie critique sur la situation de la recherche scientifique en contexte postcolonial. Elle pourrait être menée dans des institutions à statut hybride comme l'IRSMI, sur les rapports entre science, développement et politique dans le domaine de la santé et qui demeure attentif bien entendu au contexte de production de la recherche mais aussi aux objets complexes et leurs usages en Afrique : bactéries, TDR, logiciels comme outils culturels dans la droite file des travaux engagés par l'anthropologue canadienne Janice Graham. Il y a plusieurs enjeux soulevés dans la recherche scientifique au sud et mes déplacements au Burkina Faso, au Niger et au Bénin m'ont confronté à la question délicate de l'intégrité dans la recherche, des rapports que les chercheurs peuvent avoir avec des objets de recherche qui sont revendus pour des enjeux pécuniaires ou sur la question de la falsification. Des questions que l'anthropologie occidentale qui se veut bien

pensante encore prisonnière d'une morale scientifique devant corriger les mensonges de l'entreprise coloniale et les préjugés alimentés par une ancienne ethnologie peine à aborder.

Un autre programme de recherche pourrait s'intéresser à l'émergence de l'épidémiologie au Niger aux connexions nationales et internationales entre santé publique américaine et nigérienne.

Enfin un dernier programme de recherche complète, affinée et relevant d'une anthropologie appliquée concerne la compréhension des facteurs de risque de la méningite qui concernerait une recherche interdisciplinaire entre épidémiologie et anthropologie. En s'aidant des *method mixed*[1], ce programme consisterait à allier méthode qualitative et quantitative dans une visée complémentaire et non opposée pour chercher les valeurs significatives données par les patients de la méningite concernant les facteurs d'exposition. Il y a deux enjeux principaux dans cette étude d'une part donner crédit à l'expérience des populations et déterminer comment ils médiatisent leur rapport à l'environnement et plus globalement d'intégrer la dimension sociale de la méningite. Un second enjeu serait de garantir ou déconstruire par des évidences scientifiques la litanie d'un demi siècle dans le milieu épidémiologique et au sein de l'OMS qui consiste à dire que certaines conditions de vie sahélienne et les comportements liés au couchage dans les concessions favorisent la méningite sans savoir dans quel sens. Aucune étude socio-anthropologique ni d'épidémiologie n'a établi cette assertion. Si le concept de « conditions sahéliennes[2] » est à creuser, il est à souligner que l'une des pratiques qui est soupçonnée de favoriser la transmission qui concerne le couchage et l'entassement est différent qu'il s'agisse de concession polygame ou monogame, de populations en ville ou au village. De même, on ne dort pas de la même manière en Ethiopie, au Sénégal et au Niger. Précédemment, une étude menée par une grande épidémiologiste de l'Agence de Médecine Préventive établit avec par une corrélation singulièrement basse au Burkina Faso les liens entre « *smoke exposure* » (fumée se dégageant des foyers de cuisine et consommation de

[1] SIEBER, 1973

[2] Présent dans le rapport de Lapeyssonnie et les rapports de l'OMS sur la méningite

cigarettes) et méningite[1]. Or comme pour le constat sur le couchage, l'on ne cuisine pas de la même façon au Sénégal qui est entré dans une phase de transition énergétique avec un usage massif du réchaud à gaz dans les grandes villes et Niamey où la plupart des foyers utilisent le bois de chauffe.

Une autre question m'a été posée par cette même épidémiologiste : est ce que la pratique de l'inhalation de l'eau par le nez chez les musulmans lors de l'ablution est fréquente chez les enfants du Niger ? Parce qu'on a établi que cela pourrait être un facteur de risque de la méningite. »

L'état de la question témoigne d'une carence de connaissances anthropologiques sur les modes de vie des populations de la « ceinture de la méningite » et le dénuement de l'épidémiologie et de la climatologie solitaires dans leurs études de corrélation entre poussière et méningite. Si l'anthropologie ne pourrait avancer de prétention à propos de l'étude des facteurs de risque, des travaux couronnés de succès, ceux d'Annie Hubert[2] suivis pas à pas par Christophe Perrey et ses collègues[3] ont ouvert la voie d'une réelle interdisciplinarité et complémentarité entre épidémiologie et anthropologie.

[1] MUELLER J E et al, 2011

[2] Hubert A & GUY DE THE, 1988

[3] PERREY et al, 2012, Comprendre l'impact psychosocial d'un cancer survenu dans l'enfance. Comment articuler sociologie qualitative et épidémiologie ? Colloque AMADES : *Anthropologie, innovation technique et dynamiques sociales dans le domaine de la santé*, Brest

BIBLIOGRAPHIE GENERALE :

SOURCES PRIMAIRES :

ALONSO J-M, BERTHERAT É, PEREA W & al, Ceinture africaine de la méningite : de la génomique, aux stratégies de surveillance, de lutte et de prévention, *Bull Soc Pathol Exot*, 99 (5), 2006, 404-408

BARRET, Epidémie de méningite cérébro-spinale observée à Djougou (Dahomey) pendant la saison sèche (1907-1908), *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale*,Tome 12, 1909, 92-101

CAUGANT D A, La méningite due au méningocoque. L'épidémiologie moléculaire des méningocoques, *Bull Soc Pathol Exot*, 95 (5), 2002, 319-322

CAVALADE, Rapport sur une tournée effectuée dans la région de Niamey (Niger) par la groupe mobile d'hygiène en juin-juillet 1933, *Annales de médecine et de pharmacie coloniales,*34 (2), 1935, 363-384

CHAMOT-ROOKE J, MIKATY G, MALOSSE C & al, Posttranslational Modification of Pili upon Cell Contact Triggers N. *meningitidis* Dissemination. Science 331(6018), 2011,778-782.

De CHABALIER, F., D. MCDAMIEN & CW WOODS, Meningococcal immunisation in Ghana. *Lancet*, 2000, 2252-2252.

DJINGARAY M H, Noazin S, PREZIOSI M-P & al, A 20-year retrospective analysis of epidemic of meningitis surveillance data in Burkina Faso, Mali and Niger, poster non publié, 2008

GALAMBOS L, SEWELL J-E,, Networks of Innovation. Vaccine development at Merck, Sharp & Dohme, and Mulford 1895-1995, Cambridge, Cambridge University Press, 1995

GREENBERG L & COOPER M, A somatic antigen vaccine for the prevention of meningococcal cerebrospinal meningitis, *Bulletin of World Health Organisation* n°33, 1965, 21-26

FAUCON R, Bases de la prophylaxie antiméningococcique, *Médecine Tropicale*, 28 (2), 1968,158-163

GOTSCHLICH E. C., GOLDSCHNEIDER I., ARTENSTEIN M. S., "Human immunity to the meningococcus IV. Immunogenicity of group A and group C polysaccharides in human volunteers", The *Journal of Experimental Medicine*. 129, 1969, 1367–1384.

GREENWOOD B, « Meningococcal meningitis in Africa », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,* 93(4), 1999, 341-353.

, Emergence du W 135. Rapport de consultation de l'OMS Genève, OMS, 2001, non publié

—Editorial: 100 years of epidemic meningitis in West Africa–has anything changed? *Tropical Medicine & International Health* 11(6), 2006, 773-780.

GROSFILLEZ, Chronique documentaire. Les principales maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires : maladies cosmopolites, *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n°32 ,1934, page 226

HERMANT, Travaux originaux. Les maladies transmissibles dans les colonies françaises et territoires, *Annales de medicine et de pharmacie coloniales*, n°29, 1931, pages 87- 88

KANINDA A-V, VARAINE F, HENKENS M, PAQUET C, Meningococcal vaccine in subsaharian Africa, *Lancet*, Vol 350, 1997,1708

KONE K, A 20-year retrospective analysis of epidemic meningitis surveillance data in Burkina Faso, Mali and Niger, 2008, non publié

LAPEYSSONNIE L., (1ère ed), Eléments d'hygiène et de santé publique dans les tropiques, Paris, Gauthier -Villars & Cie, 1961

LAPEYSSONNIE L., BONNARDOT, R., LOUIS J., LEFEVRE M., Première note concernant l'activité d'une dose unique de sulfamethoxypyridazine par voie intramusculaire dans le traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques , *Médecine Tropicale* 21 (2), 1961,129-133

LAPEYSSONNIE L., BONNARDOT, LEFEVRE M, R., LOUIS J., Un problème épidémiologique non résolu, la méningite cérébro-spinale en Afrique. A propos d'une récente épidémie au Niger, *Médecine tropicale* 21 (2), 1961, 491-523

—La méningite cérébro-spinale en Afrique, Genève, OMS, 1963

— Des épidémies, Lyon, Fondation Marcel Mérieux, 1979

— Comme un feu de brousse., Archives IMTSSA, Pharo Marseille, 1974

—— Toubib des tropiques, Paris, Editions Robert Laffont, 1982

—— Le jardin des mangues, Editions de l'INAM Louis Musin, 1987

——La médecine coloniale : mythes et réalités, Paris, Seghers, 1988

LEFEVRE, Chroniques documentaires. Les maladies transmissibles dans les colonies françaises et territoires, *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n°28, 1930, 550-551

MILLER M A , WENGER J, ROSENSTEIN N, PERKINS B, Evaluation of meningococcal meningitis vaccination strategies for the meningitis belt Africa, , *The Pediatric Infectious Disease*, 18(12), 1999, 1051-1059

MOORE P.S., HARRISON L H, TELZAK E E et al., Group A meningococcal carriage in travelers returning from Saudi Arabia, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 260(18), 1988, 2686.

MOREAU JP, Un pasteurien sous les tropiques, Paris, L'Harmattan, 2006

MPAIRWE, Y. & MATOVU., H.L, "Cerebrospinal meningitis in East Africa 1911-1965." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 65(1), 1971, 70-77

OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 70 (12),1995, pages 81-88

——, Control of epidemic meningococcal disease, WHO practical guidelines, Genève, 2nd edition, 1998

——,Relévé épidémiologique hebdomadaire, 74(36) , 1999, 297-304

OMS & CDC, Guide technique de la surveillance Intégrée de la Maladie et la riposte dans la Région Africaine, 2001

OMS, Weekly Epidemiological Record , 78 (33), 2003, 285-296

OMS, International Health Regulation 2005 (2nd edition)

——, Rapport 7ème atelier interpays de revue et planification sur la surveillance renforcée et La riposte aux épidémies de méningite en Afrique, Ouagadougou, 2009

PATTERSON K. D & G. W. HARTWIG., Cerebrospinal meningitis in West Africa and Sudan in the twentieth century, Crossroads Press, Los Angeles, 1984

PERKINS B, BROOME C V, ROSENSTEIN N & al, Author's reply, *The Lancet*, 350, 1997, 1708

REINGOLD A J, HIGHTOWER A, BOLAN G A & al, Age-specific differences in duration of clinical protection after vaccination with meningococcal polysaccharide a vaccine , *The Lancet*, 1985, 114-116

RIOU, J. Y., S. DJIBO, SANGARE, L., LOMBART, J.P.FAGOT, P.CHIPPAUX, J.P.GUIBOURDENCHE, M., "A predictable comeback: the second pandemic of infections caused by *Neisseria meningitidis* serogroup A subgroup III in Africa, *Bulletin of the World Health Organization* 74(2), 1996, 181.

ROBBINS, J. B,, TOWNE D. W, GOTSCHLICH, E. C., SCHNEERSON, R, "Love's labours lost?: failure to implement mass vaccination against group A meningococcal meningitis in sub-Saharan Africa." *The Lancet* 350(9081), 1997, 880-882.

—— Author's reply, ,*The Lancet*, 350, 1997

ROBBINS, J.B., R. SCHNEERSON, and E.C. GOTSCHICH, A rebuttal: epidemic and endemic meningococcal meningitis in sub-Saharan Africa can be prevented now by routine immunization with group A meningococcal capsular polysaccharide vaccine. *The Pediatric infectious disease journal* 19(10), 2000, 45.

ROBERTS L, Infectious disease: An III wind bringing meningitis, *Science*, vol 324, n° 5884, 2008, 1710-1715

SOREL, La méningite cérébro-spinale dans les colonies françaises, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales n°35, 1937, page 145, BIUM

VANDEKERKOVE, M., CAUSSE R, LAPEYSSONNIE L, FAUCON R., Sensibilité aux sulfamides des méningocoques du sérotype A, , *Bulletin of the World Health Organization* 41(6), 1969, 843.

VOGEL E & RIOU M, Les maladies épidémiques, endémiques et sociales dans les colonies françaises, *Ann Med Pharm Col*, n° 37, 1939, 459-463

WAADY B.B, African epidemic of cerebro-spinal meningitis, Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 60, 1957, pages 179-189

WENGER J, TIKHOMIROV, BARAKAMFITIYE D, author's reply, *The Lancet*, vol 350, 1997, 1709

WOODS C W, AMSTRONG G, SACKEY S & al, Emergency vaccination against epidemic meningitis in Ghana: implications for the control of meningococcal disease in West Africa,,*The Lancet,* vol 355, 2000, 30-33

SOURCES SECONDAIRES :

ALTERNATIVE Espace Citoyen, Le droit à la santé au Niger. Rapport d'analyse des politiques et du financement de la santé de 2000 à 2008, Niamey, 2009,76 pages

ARZIKA A, Colonisation et santé. Action sanitaire française et réalités au Niger (1922-1958), Thèse pour le Doctorat D'histoire, Paris, Université Paris 7 Diderot, 1992, tome 1, 431 pages.

AUGE, M, Ordre biologique, ordre social; la maladie, forme élémentaire de l'événement, in AUGE M & HERZLICH CL (dir), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,* Paris, Editions des Archives Contemporaines, 1984

AVANZA M, Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas « ses indigènes » ? Une enquête au sein d'un mouvement xénophobe in FASSIN D et BENSA A (dir.), *Les politiques de l'enquête, Épreuves ethnographiques*, Paris, Editions la Découverte, 2008, pages 41-58

BACHELARD G, La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective, Paris, J Vrin, 2004, 305 pages

BADO J-P, Médecines coloniales et grandes endémies en Afrique, Paris, Karthala, 1996

BECKER G, Disrupted lives. How people create meaning in a chaotic world, California, University of California Press, 1999

BENOIST J, Prendre soins in Jean Benoist (ed), S*oigner au pluriel: essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996b, pp 491-506

BENSA A & FASSIN E, Qu'est ce que l'événement ? *Terrain* (38), 2002, pages 5-20

BERGER P & LUCKMANN T, La construction sociale de la réalité, Paris, Armand Colin, 2012

BERLIVET LUC, Déchiffrer la maladie in J P Dozon et D Fassin (dir.,) *Critique de la santé publique*, , éditions Balland, 2001, pages 75-102.

—« Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XX e siècle dans Gérald Jorland, Annick Opinel & Goerg Weisz (dir.), *Body counts : Medical quantification in historical and sociological perspectives,* Montréal Mc Gill-Queen University Press, 2005

BERTRAND JEAN-JACQUES, PIERRE SALIOU, Les sentinelles de la vie. Le monde des vaccins, Paris, Editions Albin Michel, 2006

BIERCHENK TH, CHAUVEAU J P, OLIVIER DE SARDAN J P O, (eds), Les courtiers en développement. Les villages africains en développement en quête de projet, Paris, Karthala, 2000

BLUNDO G, OLIIVIER DE SARDAN J P, la corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest, *Politique Africaine,* 2001, 3 (83), p 8-37

BOLTANSKI, L, La dénonciation. *Actes de la recherche en sciences sociales,* 1984 (51):3-40.

—L'amour et la justice comme compétences, trois essais de sociologie de l'action, Paris, Métailié, 1990

BONNET D et JAFFRE. Y. (dir), Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 2003

BONTE (P.), ECHARD (N.), Histoire et histoires : conception du passé chez les Haoussa et les Twareg Kel Gress de 1'Ader (République du Niger) », *Cahier d'Etudes Africaines*, 1976, 61-62, XVI, l-2 : 237-296.

BOURDIEU P, Médications pascaliennes, Paris, Seuil, 1997

BOYER F HAROUNA M, Le Niger, espace d'émigration et de transit vers le Sud et le Nord du Sahara. Rôle et comportements des acteurs, recompositions spatiales et transformations socio-économiques, Rapport final programme FSP n°2003-74, 2009

BRAUDEL F, Ecrits sur l'histoire, Paris, Flammarion, 1985

BUTON F, De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique: l'activité de veille sanitaire. *Genèses,* 2006, (4):71-91.

CALLON MICHEL, PIERRE LASCOUMES et YANNICK BARTHES, Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique, Paris, Seuil, 2001, page 236.

CAPRARA A, Transmettre la maladie : représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'ivoire, Paris, Karthala, 2000

CHATEAURAYNAUD F., AND D. TORNY, Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque. Paris: Editions de l'EHESS, 1999

CHAUVIER E, Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard, Toulouse, Anacharsis, 2011

CHIFFOLEAU SYLVIA, l'invention des maladies endémiques : la formation du corps médical égyptien in WAAST, R., (sous la dir.), *Les sciences hors d'occident au XXème siècle*, Paris, Editions ORSTOM, 1996, pages 69-82

CHIPPAUX, J. P, "Conflits autour de la méningite en Afrique." *Le Monde diplomatique*, 2001, page 22

—, Epidémies au Sud, vaccin au Nord. *Sciences au sud,* 2001, (11): 1.

COCK E, Le dispositif humanitaire, géopolitique de la générosité, Paris, L'Harmattan, 2005

COPANS J, Sécheresse et famine au Sahel. Tome 1 Ecologie, dénutrition et assistance, Paris, Maspéro, 1976

D'ALESSANDRO E, Meningitis : from practionner to prescriptor dans BRADOL, J-H AND VIDAL C (eds) *Medical Innovation in Humanitarian Situation,* 2011, disponible en ligne: http://www.doctorswithoutborders.org/publications/book/medicalinnovations/book.cfm?id=5242&cat=medical-innovations consulté le 03 janvier 2011

DAVIES S, Securitizing infectious disease*, International Affairs*, 2008, 84(2), pp 295-313

DAGOBI EL HADJ A, La gestion locale de l'épidémie dans la vallée du fleuve Niger in Bonnet D et Jaffré Y (dir.), Les maladies de passage. Transmissions, prévention et hygiène en Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 2003

D'ALMEIDA-TOPOR .H, CHANSON-JABOR.C, LAKROUM M et al, Les transports en Afrique : XIX-XXème siècle, Paris, L'Harmattan, 1992 (1er ed)

DEAN T. JAMISON (Dir.), Disease and mortality in sub-saharian Africa, World Bank, 2006

DESROSIERES A, La politique des grands nombres, Paris, La Découverte, 1993

DESTEXHE A, Crise économique et financement de la santé, *Politique Africaine*, 1987, N°28, pages 53-64

DEZEL P L, La naissance de la biosécurité, *Raisons politiques,* 4 (32), 2008, pages 77-93

DODIER N, L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Paris, Métaillé, 1993

—L'espace et le mouvement du sens critique, *Annales Histoire Sciences Sociales*, n°1, 2005, pages 7-31

—Contributions by Médecins Sans Frontières to changes in transnational medicine in Bradol J-H & Vidal C, *Medical innovations in emergency situation. The work of Médecins Sans Frontières,* Editions Médecins Sans Frontières, 2011, pages 115-120

DOZON, J-P, Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire, *Politique africaine*, n°28, 1987, pages 9-20

DOZON J-P & FASSIN D (dir), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001

DOZON J-P, Frères et sujets, La France et l'Afrique en perspective, Paris, Flammarion, 2003

ECHO, Humanitarian Aid Annual Report 2009, Bruxelles, European Union, 2010

FASSIN D, Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises, Paris, Karthala, 2000

—, Faire de la santé publique, Rennes, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

—FASSIN D et DOZON J P, L'universalisme bien tempéré de la santé publique in Fassin D et Dozon J-P (Dir.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001 , pages 7-19

FLUCHARD C, Le PPN-RDA et la décolonisation du Niger, 1946-1960, Paris, L'Harmattan, 1995

FOUCAULT MICHEL, Surveiller et punir. Naissance de la prison, Paris, Gallimard, 1976

—, La politique de la santé au XVIII ème siècle in Foucault M, Kriegel B B et al, *les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne),* Architecture + Archives/Pierre Mardaga, Bruxelles, Liège, 1979, pages 7-18

—Du gouvernement des vivants, Cours du Collège de France. 1979-1980, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, 2012

FOURES F, De l'urgentisation des routines à la routinisation des urgences : Vieilles maladies, nouvelles crises, simples alertes, Thèse de doctorat en Sociologie sous la Direction de Olivier Borraz, Paris, Institut d'Etudes Politiques, 2011, 501 pages

GEERTZ C, Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir, Paris, PUF, 2012

GILBERT, C., & E. HENRY (Dir.), Comment se construisent les problèmes de santé publique, Paris, La Découverte, 2009

GREGOIRE E, "Quelques aspects des échanges entre le Niger et le Nigeria" in Robineau Cl. (ed.), *Les terrains du développement : approche pluridisciplinaire des économies du Sud*, Paris, ORSTOM, 1992

— Cohabitation au Niger, *Afrique contemporaine*, n°175, 1995 pages 43-51

GRISCHOW J, Globalisation, development and disease in colonial Northern Ghana, 1906-1960," WOPAG (Working Papers on Ghana: Historical and Contemporary Studies, Institute of Asian and African, Studies, University of Helsinki), N°9, 2006

GRUENAIS M-E, La profession des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale in *Santé publique et sciences sociales*, 8-9, 2002, pages 217-239

GUILLERMET E, Les constructions de l'orphelin. Anthropologie d'une enfance globalisée entre islam, malnutrition et sida, à Zinder (Niger) Thèse de doctorat en sociologie et anthropologie, Université Lumière Lyon 2, 2008

HAAS M, La perception de la présence chinoise au Niger. Une enquête sur l'émergence de la Chine en terre sahélienne, mémoire de stage Université de Paris 1, 2009-2010

HACKING I, Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ? Paris, la Découverte, 2001

HAMANI D, L'Adar précolonial (République du Niger). Contribution à l'histoire des états haoussa, Paris, l'Harmattan, 2006 (2ème édition).

HENROUD D, Le rictus de la méningite, *Santé du monde*, 1964, pages 17-21

HERVOUËT J-P & LAVEISSIERE C., Les grandes endémies: l'espace social coupable, *Politique Africaine* (28), 1987, pages 21-32

IBRAHIM T, IBRAHIM I, L'approche participative du projet Keita : Présentation du concept et résultats obtenus. Rapport provisoire, archives coopération italienne, 1994

ILLIASSOU A & TIDJANI ALOU M, Processus électoral et démocratisation au Niger, *Politique Africaine*, n°53, 1994, pages 128-132

JAFFRÉ Y, La maladie et ses dispositifs in JAFFRE & J-P OLIVIER DE SARDAN (dir.), *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF, 1999

JAFFRÉ Y & OLIVIER DE SARDAN J-P (dir.), La médecine inhospitalière, Paris, Editions Karthala, 2003.

JAFFRÉ, Y, Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en développement, in Orth G et Sansonetti PH (dir.), *La maîtrise des maladies infectieuses un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, Paris, Académie des Sciences, Rapport sur la science et la technologie, n°24, 2006 pages 101-115

KLEINMAN A, The illness narratives: suffering, healing and the human condition, Basic Books, 1988

LACHENAL G, Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944-1994: technologies, figures et institutions médicales à l'épreuve, Thèse de Doctorat, Université Denis Diderot, 2006

——Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun. *Annales Histoire, Sciences Sociales* 65e année(1), 2010, 121-156.

LAKOFF A, From disaster to catastrophe: the limits of preparedness, 2006, [en ligne] /http://understandingkatrina.ssrc.org/Lakoff/printable.html consulté le 22 avril 2011

— The generic biothreat or how we become unprepared. Cultural Anthropology 23(3) 2008, 399-428.

LAVIGNE DELVILLE P & ABDELKADER A, Á cheval donné on ne regarde pas les dents : les mécanismes et les impacts de l'aide vus par les praticiens au Niger, Niamey, LASDEL, 2010, 113 pages

LEE K, The World Health Organisation (WHO), New York, Routledge, 2009

LÖWY I, Virus, Moustiques et Modernité : la fièvre jaune au Brésil, entre science et politique, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2001

MAGONE C, Nigeria Relations de (santé) publiques, in CLAIRE MAGONE, MICHEÄL N & WEISSMAN F (dir.) *Agir à tout prix*, Paris, Editions la Découverte. 2011 [en ligne] : http://www.msf-crash.org/livres/agir-a-tout-prix/nigeria-relations-de-sante-publiques

MDM, Stratégie d'Intervention Niger. Préparation et prévention des crises sanitaires et nutritionnelles en milieu rural sahélien, 2006

MEYER F, Essai d'analyse schématique d'un système médical : la médecine savante du Tibet, in : A. Retel-Laurentin (éd.), *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1987, p. 227 249.

MOHA M, Évaluation externe du projet recherche-action-plaidoyer pour une prise en charge à base communautaire des questions de nutrition et de planification familiale, Rapport non publié, 2010

MOULIN A-M, De la médecine tropicale à la santé au pluriel in WAAST, R., (dir.), *Les sciences hors d'occident au XXème siècle*, Paris, Editions ORSTOM, 1996a, pages 7-27

MOULIN A-M (Dir.), L'aventure de la vaccination, Paris, Fayard, 1996b

MOULIN, A.- M, Du macrocosme au microcosme humain, obstacles et perspectives d'une démarche pluridisciplinaire, *Santé et Systémique,* N°3-4, 2007, pages 153-166

MURARD L, ZYLBERMAN P, L'hygiène dans la république : la santé publique en France ou l'utopie contrariée : 1870-1918 , Paris, Fayard, 1996

NAEPELS M., Anthropologie et histoire: de l'autre côté du miroir disciplinaire, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, volume 4, 2010, 873-884

OLIVIER DE SARDAN J P O., « Le "je" méthodologique : implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, 41(3), 2000, 417-445.

—La crise alimentaire vue d'en bas. Synthèse des recherches menées sur sept sites au Niger, Afrique contemporaine, 1 (225), 2008, 217-294

PANDOLFI M, « Moral entrepreneurs » : souvenainetés mouvantes et barbelés : le biopolitique dans les Balkans postcommunistes, *Anthropologie et Sociétés,* 2002, 26(1), 29-51

PERREY C, Du terrain au laboratoire : l'épidémiologie pastorienne des virus oncogènes au prise du regard ethnologique, EHESS, thèse de doctorat, 2001

RABINOW P, Un ethnologue au Maroc. Réflexion sur une enquête de terrain, Paris, Hachette, 1988

RAYNAUT J-C et Souleymane Abba, le Niger trente ans d'indépendance: repères et tendances, *Politique Africaine*, n°38, 1990, 3-29

REMY G., ALBERT J.-P., DELMON J., RICOSSÉ J-H. & VOLPÖET P, "Environnement et maladies dans le Sahel (Afrique de l'Ouest). Un entre-deux-mondes." *Cahiers d'Etudes Africaines* 22(85) ? 1982, pages 47-78.

REVEL, J (ed), Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience, Paris, Seuil-Gallimard, 1996

RHODAIN F , SALUZZO J-F, Le mystère des épidémies, Paris, Editions Pasteur, 2005

RICOEUR, P, Temps et récit, Paris, Editions Seuil, 1991

—La métaphore vive, Paris, Editions Point, 1997

RICOSSE J.H. & HUSSER J.A., Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone. *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXII-1-2(85-86),1982, 145-168.

RIDDE V et BLANCHET K, Vers la gratuité des soins en Afrique ? *Humanitaire*, N°19 2008 [en ligne]/ http://humanitaire.revues.org/index480.html

RIDDE VALERY, DIARRA A, HEINMULLER R, MOHA M, Analyse de la mise en oeuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct, Rapport pour Médecins Du Monde, 2009

ROSENTAL P-A, L'intelligence démographique. Sciences et politiques des populations en France, 1930-1960. Paris, Odile Jacob, 2003

ROSSI B, Order and disjuncture, theorical shifts in the anthropology of aid and development, *Current Anthropology*, Volume 45, n°4*,* 2004, pages 556-560

—Aid policies and recipient strategies in Niger. Why donors and recipients should not be compartmentalized into seperate words of knowledge in D*evelopment brokers and translators, the ethnography of aid and agencies*, Lewis D and Moss D (eds)., Kumarian press, 2006, pages 27-49

— Les paradoxes de l'aide chronique in Crombe, X.& Jezequel J. H. (eds), Niger 2005, une catastrophe si naturelle, Paris, Karthala, 2007, pages 145-172

SASLAWSKI J, ECHO et les ONG une histoire commune, Humanitaire, 2008, [en ligne] URL : http://humanitaire.revues.org/index453.html Consulté le 31 décembre 2011

SETBON M, Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décision et pratiques en France, Grande Bretagne et Suède, Paris, Seuil, 1993

SIEBER S D, 1973, The integration of fieldwork and survey methods, *American Journal of Sociology*, 78(6), pp 1335-1359

SONTAG S, La maladie comme métaphore. Le Sida et ses métaphores. Paris: Christian Bourgeois, 2009

SOUBEIGA A, Les conceptions populaires mosse de la méningite (Burkina Faso) in Bonnet D et Jaffré Y (dir.), Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiène, Paris, Karthala, 2003

SOULEY A, Maladies héréditaires et maladies du contact en milieu Haoussa (Niger) in Bonnet D et Jaffré. Y (Dir.), *Les maladies de passage*. Paris Khartala, 2003, pages 61-75

TIDJANI ALOU M, Niger : Aider oui. Dominer, non. *Alternatives Internationales,* n°052, 2011

THIONGANE O, Médecines plurielles au Sénégal face à la modernité thérapeutique. Les tradithérapeutes à l'épreuve de *l'evidence based medecine*, Mémoire de Master, EHESS Paris, 2007

—La méningite « prise en grippe » ? Ethnographie du Comité National de Gestion épidémique du Niger, Anthropologie & Santé, n°4, 2012 (a), [en ligne] : http://anthropologiesante.revues.org/910

—L'épidémie de méningite ou comment ethnographier un objet éphémère ? *Bulletin AMADES*, 85, 2012 (b), [en ligne] : http://amades.revues.org/index1359.html

WATTS, S, Epidemics and History: Disease Power and Imperialism. New Haven, London, Yale University Press, 1997

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Weekly epidemiological record, WHO Geneva, 2007, n°82, pages 77-88

ANNEXES

LISTE DES ENTRETIENS CITES :
56 entretiens ont été cités

A l'IRSMI :

Directeur, 2009, médecin (non enregistré)

Directeur, médecin de santé publique (1979-1982)

Directeur, entomologiste et médecin (1995-1999)

Chef administratif et financier

Un médecin biologiste

Un bactériologiste, chef d'unité des méningites

Un chercheur vétérinaire

Un technicien de laboratoire (ancienne unité de Bilharziose)

Un technicien de laboratoire (unité de méningites)

Une technicienne de laboratoire et secrétaire

Un agent d'entretien

Un gardien

Un chauffeur

Sidath Sido, ancien chef de laboratoire des méningites, Immunologiste

Un ancien chercheur, entomologiste

DLME :

Un épidémiologiste

DSSRE :

Directrice de la DSSRE, médecin de santé publique

Un épidémiologiste, point focal des urgences

Un épidémiologiste non médecin

ECHO :

Un chargé des affaires humanitaires (Non enregistré)

HNN :

Un médecin chef du pavillon infectieux

Filiale de l'IRSMI à Paris :

Un immunologiste, spécialiste des méningites

Un ancien chercheur, entomologiste (non enregistré)

KEITA :

Le médecin chef du district

L'infirmier chef du CSI (Tidjani)

Le major

Un infirmier CSI

L'épidémiologiste

Le communicateur

Un ancien maire de la ville

Un Malam

Le Chef de canton de Keita

Un Boka

Un agriculteur

La mère de Saratou Aboubacar

La mère de Halimatou Dawi

La mère de Rahiba Mayaki

Moha, le mari de Kariya Muhamed

Focus groupe Famille Saguiru

Focus groupe jeunes de Keita

Focus groupe techniciens de laboratoire CSI

MSP :

Un médecin Directeur National de la Santé publique

Un conseiller Technique du MSP

Un ancien ministre de la santé, ingénieur des travaux publics

Un ancien secrétaire Général du MSP

OMS:

Un médecin chargé des maladies transmissibles au Niger

Un épidémiologiste

Le Représentant de l'OMS au Niger (Non enregistré)

ONG :

Le coordinateur National de MDM France

Le coordinateur sous régional MDM France

Le coordinateur local Keita MDM France

Le coordinateur logistique de MSF Belgique

Un membre de MSF Suisse

Un ancien pharmacien de MSF France

SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

Un immunologiste, ancien élève de Lapeyssonnie

UNIVERSITE DE BOURGOGNE PROGRAMME AMMA (Analyse Multidisciplinaire de la Mousson Africaine)

Une climatologiste (entretien informel non enregistré)

ANNEXE : liste et contenu des archives citées dans la thèse

ARCHIVES NATIONALES DE NIAMEY :

Série 1H : services de santé (fonds archives)
1H1.2 Colonie du Niger service de santé : Hygiènes et salubrité publiques 1904-1956

1H1.3 Colonie du Niger service de santé : maladies épidémiques 1906-1941

1H1.6 Colonie. Service de santé Déclarations des maladies par cercle. 1911-1936

1H1.8 : Relations entre le service de santé et l'Administration : 1923-1950

1H1.8 bis colonie du Niger : organisation et fonctionnement du service de santé dans la colonie du Niger

1H1.15 : Colonie du Niger : Rapport sur le développement du programme de médecine sociale et d'hygiène tracé dans les instructions du 15 février 1926 par M le Gouverneur général 1929

1H1.17 colonie du Niger. Service de santé : dossier concernant la peste 1930-1936

1H1.19 : Colonie du Niger : dossier concernant la méningite (maladie n°13) 1930-

1H2.1 Colonie du Niger Service de santé : télégrammes officiels 1930-1954

1H2.8 Colonie du Niger. Service de santé : dossier concernant les Hôpitaux : actes officiels ; administration générale ; correspondance générale 1933-1947

1H2.2 colonie du Niger. Service de santé : dossier concernant le personnel de santé. 1930-1955

1H2.6 Colonie du Niger. Service de santé : projets d'assainissement de Zinder ; Maradi ; Say ; Tahoua. 1933-1938

1H2.15 : colonie du Niger. Service de santé : hôpital de Niamey : fonctionnement, Bâtiments 1935-1952

1H3.1 Colonie du Niger. Service de santé. Décision N°186 du 12 février 1938 concernant le conseil de santé

1H3.2 colonie du Niger service de santé dossier concernant la surveillance sanitaire 1938-1941

1H3.7 Colonie du Niger. Service de santé épidémies correspondance générale

1H3.9 Colonie du Niger. Service de santé : AMI : Correspondance diverse 1940-1954

1H3.15 Colonie du Niger. Cercle de Tahoua : inspection médicale de Tahoua : rapport du médecin-capitaine Mahoudo sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale ayant sévi dans le canton de Tamaské et Keïta pendant les mois de mars, avril et mai 1943

1H3.17 colonie du Niger. Service de santé : dossier concernant les cérémonies religieuses. 1943-1947

1H3.19 colonie du Niger. Service de santé ; rapport d'inspection du médecin-Lieutenant-colonel Picot, Directeur local de la santé publique du Niger au centre médical de Tillabéry, du 30 sept au 20 octobre 1944

1H3.21 colonie du Niger. Service de santé : dossier concernant Lazaret. 1944-1947

1H3.23 : colonie du Niger : Rapport médical annuel 1944

1H3.26 colonie du Niger. Service de santé : rapport d'inspection du médecin lieutenant colonel Morvan, Directeur local de la santé publique du Niger (3 août et 16 au 20 septembre 1946 à Tillabéry ; Filingué ; Gaya. 1946

1H3.32 Colonie du Niger. Service de santé circonscription médicale de Tahoua rapport médical annuel 1946

1H3.35 Colonie du Niger. Service de santé Circulaires et notes de service diverse 1949-1957

1H3.38 OMS correspondance diverse 1951

1H3.42 Colonie du Niger Direction locale de la santé publique Demande d'installation d'un médecin anglais de Nigeria au Niger 1952

1H3.48 Territoire du Niger. Direction locale de la santé publique : liste des médecins militaires ; civils ; médecins-africains civils ; pharmaciens africains ; sages-femmes outre mer

1H3.51 Territoire du Niger. Service de santé : dossier concernant la SGHMP 1955-1958

1H3.52 Territoire du Niger. Service de santé : Instructions sur les mesures destinées à prévenir et à limiter les épidémies de méningite cérébro-spinale 1956

1H3.53 Territoire du Niger. Direction locale de la santé publique : Correspondance diverse (construction du lazaret Yantala entre Goudel et Yantala en mars 1956)

1H1.3 cercle de Niamey arrêté N°170 du 30 décembre 1929 constituant un cadre local des gardes sanitaires dans la colonie du Niger 1929

1H1.10 : Cercle de Niamey : rapports d'hygiène du service d'hygiène de Niamey, correspondance diverse 1932-1957

1H1.15 cercle de Niamey arrêté N°821 du 20 décembre 1933 concernant les mesures à prendre pour prévenir et faire cesser les maladies épidémiques 1933

1H1.30

1H2.11 Procés verbal de la réunion de la commission d'hygiène de la ville de Niamey, tenue le 20 mars 1951

ARCHIVES ONEP- DETAILS CORPUS MEDIAS:

Haské (Tous les numéros n'ont pas pu être consultés à l'ONEP plusieurs étaient manquants):

L'affaire prince Bandar Des centaines de millions ont été distribués , N°116, 25 février 1995

4ème gouvernement de la III e République, 27 février 1995

Liste des cas de méningite, Niger novembre 1994-mars 1995

Méningite : déjà 931 morts

Le Républicain :

Épidémies de méningite et de rougeole à Doutchi, l'Aréwa en désarroi, 16 mars 1995, page 2

Le Niger en 1995, Chronique d'une cohabitation tumultueuse, page 4

1994 : les repères de la vie économique nationale, 5 janvier 1995, page 3

1994 : les grands repères de la vie nationale, 29 décembre 1994, page 3

Épidémie de méningite : l'État impuissant, 2 au 8 mars 1995, page 5
La France se réjouit de la cohabitation au Niger, 23 mars 1995, page

Le Sahel

1. Épidémie de méningite au Niger : la situation est préoccupante, 1 mars 1995
2. Épidémies en série, 8 mars 1995, page 2
3. Coopération Niger-USA : don de 1.000 000 de doses de vaccins contre la méningite, le 20 mars 1995, page 5
4. Méningite centre d'accueil Lazaret, l'épidémie régresse, Lawan Ousmane, 22 mars 1995, page 5
5. Le royaume d'Arabie Saoudite fait don de 500 000 doses de vaccins, 6 avril 1995
6. Remise de don par les femmes révolutionnaires Libyennes. 5000 doses de vaccin contre la méningite offertes à notre pays, 10 avril 1995, page 2

Sahel Dimanche

Le chef de l'État visite l'hôpital et le centre d'accueil de Lazaret, 1er mars 1995
Le ministre de la santé fait le point de la situation épidémique. « L'épidémie de méningite qui sévit dans notre pays a déjà fait 529 décès à la date du 08 mars 1995, Mahaman Bako, page 5

Le Monde :

1. Faux médicaments : enquête sur une enquête criminelle, Philippe Broussard, 26 octobre 1996
2. Du Nigeria au Niger, d'étranges vaccins contre la méningite, Philippe Broussard, Le Monde du 26 octobre 1996
3. Les pays du tiers monde sont les victimes d'un trafic criminel de faux médicaments, Le Monde, 26 octobre 1996

Les Echos :

Vaccins: Mérieux et SmithKline victimes d'une contrefaçon, 09 août 1996, n°17207

Thepharmaletter :
African Fakes Vaccine Debacle Hits Mérieux, SB, 2 septembre 1996

ARCHIVES MSP :
Procès verbaux réunion MSP 1995, 43W266
Plan d'action des journées nationales de vaccination, 1995, 43W266.9

Protocole et plan de coopération pour la lutte contre les épidémies entre les pays de l'afrique de l'Ouset, l'Algérie et la Tchad : Ouagadougou le 25 octobre 1996, 43W300.17

Ministère de la santé publique
-bilan de réalisation du gouvernement de transition dans le secteur de la santé : novembre 1996, 43W300.18

Système national d'information sanitaire.-situation épidémiologique : 1995-1996 , 43W275.5

Enquête CAP sur les itinéraires et les stratégies pour atteindre les populations nomades : cure salée 2000 ; liste des responsables du Ministère, 1991-2000, 43W157.8

ARCHIVES COOPERATION ITALIENNE KEITA
TIEMOGO IBRAHIM & ISSAKA, 1994, page 12

1.

ARCHIVES INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES MARSEILLE

Boîtes
17

- Missions médicales : épidémie de méningite cérébro-spinale de mars 1961 : comptes rendus d'interview radio, rapports, notes, télégramme, carte, correspondance

225

- Conférences techniques de l'OCCGE : 3ème conférence du 08 au 13 avril 1964, documentation technique : rapports de la délégation française, rapport sur l'onchocercose du docteur Richet, rapport de l'Institut Pasteur Dakar, rapport sur les expérimentations en cours à l'Institut Marchoux, rapport « classification immunologique de la lèpre », extrait du numéro 5 de septembre-octobre 1960 de Médecine Tropicale « Etude de la sulfamidémie obtenue après administration de sulfamethopyrazine dans le but de préciser la posologie optimum dans le traitement de la lèpre, rapport « Essai de la thérapeutique anti-Hansenienne par auto-traitement », rapports, sur l'onchocercose, la tuberculose, les bilharzioses au Sénégal et en République islamique de Mauritanie, rapport la trypanosomiase dans les Etats membres de l'OCCGE (1960-1964)
- 5ème conférence du 01er -07 avril 1965 , documentation technique : rapport projet de formation des techniciens de laboratoire, rapport « la formation en santé publique des médecins en Afrique ». Rapport : « Premier résultats dans le traitement des bilharzioses humaines avec un nouvel antibilharzien, le CIBA 32 664 Bâ ». Rapport « Réorganisation des services de santé dans les pays en voie de développement ». Rapport « Planification des programmes de travail au sein de l'OCCGE ». Rapport « Evaluation de l'expérience Vogan ». Rapport du Dr Louis Paul Ajoulat, plan quadriennal. Rapport « Symbiose santé publique » - grandes endémies, questionnaire, rapport final de la conférence de Conakry « Projet relatif à l'enseignement ». Correspondance sur une mission au Togo et au Dahomey. Rapport : « le mélarsonyl potassique dans le traitement de l'onchocercose humaine », plan et notes sur les centres de santé, borderaux d'envois (1965).
- XI ème conférence ministérielle inter-états de l'OCCGE à Lomé du 22 au 25 octobre 1964 : rapport final (1964). « 1960-1965 [1953]. Propositions des territoires, AOF, Côte d'Ivoire.

424 :

- OCCGE : circulaires, rapports d'activités, convention, rapports OMS, notes manuscrites et dactylographiées, correspondance (1959-1964).
- Nutritionnelle : note de service, rapports budgétaires, rapports médicaux, notes manuscrites, correspondance, (1953-1975)
- Affaires ADAM : correspondance (1958)

460 :

- Pierre Richet, documentation :articles de presse, bibliographie, notes, correspondance, dossiers divers, dossier « médecin général inspecteur Pierre Richet (1904-1983)

FONDS LAPEYSSONNIE :

487 :

- Eléments d'hygiène et de santé publique. Texte tapuscrit retour de l'imprimerie avec clichés et pellicule photographique

489 :

- Enquête épidémiologique sur la Méningite cérébro-spinale dans 5 états en Afrique, Lapeyssonnie consultant à court terme à l'OMS.
- Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1962, 292p, Draft La méningite cérébo-spinale en Afrique,
- dessins, diapositives, graphiques et tableau comparatif

491 :

- Des épidémies. Texte manuscrit en 4 cahiers. s.d

495 :

- Articles de Lapeyssonnie : Choléra, épidémiologie, méningite, trypanosomiase, sérologie et varia.
- Méningite : articles de Lapeyssonnie sur la méningite de 1961 à 1979. Planches de diapositives. La méningite cérébro-spinale en Afrique, Lapeyssonnie, OMS Genève, 1963, 114p supplément au volume 28 du Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé.

- Un problème de santé publique non résolu, Lapeyssonnie et al in Médecine Tropicale, XXXI, N°5, 1961
- La méningite à méningococcique et sa prophylaxie. Texte, post 1976, 47 pages, articles de réflexion sur la médecine

496

- Contribution sur l'action menée et à mener dans les pays en voie de développement, tirés à part ou numéros de revue comportant des articles publiés de Lapeyssonnie.

502

- Vaccin et immunisation. Collaboration avec Mérieux. Circa 1971. documentation scientifique réunie sur les vaccins et l'immunisation. 4 dossiers, dossier de mise au point du projet, relations avec Mérieux, projet de brevet. Expérimentation Soudan. 1971

537

- Méningite cérébro-spinale, dossier d'articles et de notes Léon Lapeyssonnie
- Note sur un projet de convention entre le Niger et l'OMS sur la création d'un laboratoire de recherche sur le méningocoque et la méningite à Niamey.

545

- Méningite cérébro-spinale : 1975, 1978, 1982. Dossiers d'articles et de notes de Lapeyssonnie. Correspondances. OCEAC 1978

547

- Article de Lapeyssonnie et al dans Médecine tropicale
- Correspondance de Collard
- Carte isohyète du Niger
- Rapport de Torresi Directeur de la santé publique au Niger en 1961 sur une épidémie de méningite imminente au Niger
- Première note de Lapeyssonnie consultant pour l' OMS, décembre 1961
- Photos

551

- Méningite cérébro-spinale au Brésil 1974-1977, action, articles, rapport Léon Lapeyssonnie,
- Table ronde sur MCS au Brésil, le 24 mai 1975, compte rendu manuscrite
- Photos propagande
- poème sur la méningite,

ARCHIVES DE L'OOAS :

N°7.712/81/DOC.TECH.OCCGE : …Rapport annuel, XXI ème conférence technique Bamako du 13 au 17 avril 1981

n°VII/3, 2915 : 8ème conférence technique de l'OCCGE, avril 1968, documentation technique

ARCHIVES OMS GENEVE :

Rapport sur le séminaire sur la méningite cérébro-spinale (Bobo-dioulasso, 13-17 mars 1967) par le DR M Blanc Conseiller régional pour les maladies infectieuses, 30 pages, AFR/CSM/7

La méningite cérébro-spinale dans la république du Niger, 8 pages, AFR/CSM/2

Strategies for the control of emergencies caused by epidemics of communicable. Informal consultion Geneva, 9-13 novembre 1981, 25 pages, CDS/Mtg/82.1

WHO past experience in Epidemics Plague and cerebrospinal meningitis, Informal consultation Geneva, 9-13 novembre 1981, 3 pages, CDS/Mtg/81.3.3

Research Programme in cerebrospinal meningitis, E only by L Lapeyssonnie, WHO/PA/73.62

Lutte contre les épidémies de méningite en afrique de l'ouest. Rapport de l'atelier Gouvernement de la Haute-Volta/OCCGE/OMS Bobo-Dioulasso, 18-22 janvier 1982, 52 pages, BAC/CSM/82.8

International conference on cerebrospinal Meningitis (5th: 1983:Marseille) report, BAC/CSM/84.2

HENRIOUD D, 1964, le rictus de la méningite, Santé du monde, la nouvelle Afrique, avril 1964, pages 16-21, D64.824

Bulletin Organisation mondiale de la santé, la méningite cérébro-spinale en Afrique, février 1969, vol 23, n°2, pages 61-71,

Report on a second visit to Brazil, 28 april to 28 may 1975, 32 pages, EM/EPID/45;EM/BD/11 9.75

Meningitis a turning point, léon lapeyssonnie, sept 1974, santé du monde, pages 22-26, D.74.1405

Report of visit to the anglo-egyptian Sudan, in connection with the epidemiology of cerebrospinal meningitis, april 9 to 27 by Dr.Wlliam H Clark, M.D WHO consultant, EMRO, 14 pages, EM/EPID/1.May 1952

Emergency situations-cerebrospinal meningitis outbreaks, C 11 /180/2

CTS agreement with the Rockfeller university, New York, USA, New York, USA, in respect of a collaborative study of polysaccharide CSM Vaccines

Désignation et activités du centre de collaborateur de l'OMS pour la recherche et la lutte contre la schistosomiase, centre de recherche sur les méningites et les schistosomiases, Niamey, Niger, 1985-1997, B2-286-7

Recherches sur la méningite-cérébro-spinale en Afrique. Rapport de mission par le médecin Lieutenant-Colonnel R Faucon consultant OMS Mai 1967, 32 pages, BD/CSM/67.5676.14

Programme OMS lutte contre la MSC.Dr B Cvejetanovic (pages 97 à 75), BD/CSM/68.8

Surveillance épidémiologique et lutte contre la méningite cérébro-spinale. Rapport sur un séminaire organisé par le bureau de l'Afrique de l'OMS, 20-24 mars 1972, AFRO/CSM/10

ANNEXE : Du gri-gri au vaccin

DU GRI-GRI AU VACCIN

Ce petit bronze qui représente un enfant enraidi, allongé sur les genoux de sa mère, est la copie d'une statuette qui se vendait sur les marchés de Ouagadougou dans les années quarante. Elle était connue sous le nom assez étrange de «pissoni» ou de «pissono», vocable qui cachait le patronyme de LAPEYSSONNIE. C'est du moins ce que prétendait le souriant infirmier René TAPSOBA lorsqu'il l'offrit à l'auteur de ces lignes.

C'était, on va le voir, le premier agent prophylactique contre la redoutable méningite cérébrospinale épidémique qui sévit durement en Haute-Volta (Burkina Faso) et dans les pays voisins. Comme le petit peuple le croyait, cette maladie était apportée de nuit par un oiseau (lioula) dont les battements d'ailes précipités lorsqu'il se posait sur le toit de la case, évoquaient les convulsions fréquentes chez ces petits malades. Il suffisait donc d'enfouir le fétiche dans l'épaisseur de la paillotte pour que l'oiseau fatal ne puisse se poser sur la case ainsi protégée et qu'il aille plus loin trouver une autre victime.

Un demi-siècle s'est écoulé depuis cette époque. Beaucoup de Mossis, surtout ceux de la brousse, continuent sans doute d'incriminer le fâcheux «lioula». Mais ils connaissent aussi l'existence d'un vaccin antiméningococcique efficace à la découverte et au développement duquel le Docteur LAPEYSSONNIE a contribué.

«Le passé et le présent se rejoignent ainsi».

Source : Archives IMTSSA, Pharo, Marseille

ANNEXE : Protocole de Coopération pour la lutte contre les épidémies

Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'ouest, l'Algérie et le Tchad

Préambule

Vu la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé dont les Etats participants sont membres,
Vu la résolution AFR / RC 43 / R7 prise par les ministres de la santé des Etats membres lors du Comité régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, en 1993, à Gaborone, sur la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau des districts,
Considérant la fréquence, l'ampleur et la gravité des épidémies, notamment de méningite, de choléra, de rougeole et de fièvre jaune observées ces dernières années dans la sous – région,
Considérant les ressources actuellement mobilisables et les technologies existantes pour prévenir et maîtriser les épidémies,
Considérant les conclusions de la réunion sous-régionale des Ministres de la santé et des Ministres de l'Intérieur sur la lutte contre les épidémies en Afrique de l'ouest, l'Algérie et le Tchad tenue à Ouagadougou du 21 au 25 octobre 1996,
Les Etats membres de la sous – région de l'Afrique de l'ouest, l'Algérie et le Tchad ci-dessous désignés « Etats participants » conviennent de ce qui suit.

Chapitre 1 : Objectifs

Les Etats participants affirment leur volonté commune de :
- Mettre en œuvre, dans chacun des Etats participants, un ensemble minimum d'interventions visant à maîtriser les épidémies de méningite, de choléra, de rougeole et de fièvre jaune et à mieux protéger les populations contre ces épidémies ;
- Mettre en commun leurs efforts et leurs ressources dans le cadre d'un plan de coopération sous-régionale pour lutter plus efficacement contre ces épidémies ;
- Etablir un cadre de référence pour la collaboration avec les partenaires au développement sanitaire.

Chapitre 2 : Plan national

Les Etats participants, après un large échange d'expériences et une discussion approfondie suries voies et les moyens de mener plus efficacement la lutte contre les épidémies, conviennent que le préalable à toute coopération sous-régionale fructueuse réside dans une volonté et un engagement exprimés individuellement par chacun des Etats au travers d'un plan d'action national de préparation et de réponse aux épidémies.
Ce plan doit être fondé sur une vision claire des résultats souhaités et sur un ensemble minimum d'interventions et d'activités, susceptibles de mobiliser toutes les structures et les institutions sanitaires nationales, l'ensemble des professionnels de la santé, les autres secteurs concernés, les communautés, ainsi que les partenaires.
Ces interventions et activités se rapportent aux domaines complémentaires que sont :
- la surveillance épidémiologique,
- le renforcement des laboratoires,

- la prise en charge des cas,
- la vaccination de masse,
- la mobilisation sociale,
- la gestion des épidémies et
- la coopération.

Les Etats participants conviennent que les actions préconisées ci-après constituent les réponses appropriées et s'imposent comme essentielles pour atteindre les résultats souhaités au cours des deux années 1997 et 1998.

Les maladies à potentiel épidémique visées sont la méningite, le choléra, la rougeole et la fièvre jaune.

Surveillance épidémiologique

La détection précoce des épidémies au niveau des équipes des centres de santé et des districts est un objectif central et constitue la clé de voûte de l'ensemble des interventions. Il est crucial d'assurer l'utilisation et la transmission rapide des données collectées par les centres de santé et les communautés vers l'équipe de district.

Les Etats participants décident de mener les actions suivantes :

- l'élaboration, la mise à jour, la diffusion et l'utilisation des directives et manuels techniques sur la surveillance épidémiologique et la lutte contre ces épidémies ;
- la formation et le recyclage des personnels en prenant pour cibles prioritaires les personnels des centres de santé et les équipes de districts afin de les préparer à la prise de décision en cas d'alerte ;
- la mise en place d'une surveillance de la résistance des germes aux médicaments standard sera une préoccupation permanente des services de santé ;
- la mise en place d'outils simples pour l'enregistrement, la notification et l'analyse des données de surveillance épidémiologique, en dehors des périodes épidémiques tout comme pendant une épidémie
- une supervision des personnels des centres de santé orientée vers l'évaluation des capacités réelles de détection des épidémies, de prise de décision et d'action locale immédiate ;
- la mise en place des moyens adéquats de communication entre les différents niveaux du système de santé, en particulier entre les centres de santé et l'équipe de santé du district ;

Le maintien en place du personnel formé à la surveillance épidémiologique, et à la lutte contre les épidémies ou son remplacement par du personnel de même compétence est d'une particulière importance. Un mécanisme approprié de motivation et d'utilisation rationnelle de ce personnel sera mis en œuvre.

Renforcement des laboratoires

La confirmation rapide de l'agent causal fait encore trop souvent défaut retardant les interventions susceptibles d'endiguer les épidémies. Le retard pris dans la recherche de la cause de l'épidémie entraîne des pertes en vies humaines et un gaspillage de ressources.

Les Etats participants décident de mener les actions suivantes :

- l'approvisionnement des laboratoires en équipements de base, en réactifs courants et en milieux de transport, aux niveaux appropriés du système de santé ; au préalable, une évaluation systématique des besoins sera nécessaire ;
- la mise en place, aux niveaux appropriés de laboratoires ayant une capacité minimale de détection des épidémies et leur organisation en réseau ;
- la formation et le recyclage des personnels des districts, tout particulièrement sur les techniques de prélèvement et de transport ;

- l'approvisionnement de structures appropriées en matériel de transport des échantillons.

Prise en charge des cas

L'application des protocoles standards de prise en charge des cas par lei formations sanitaires, la disponibilité aux niveaux appropriés de stocks de sécurité en médicaments et consommables et leur gestion efficace constituent les facteurs déterminants dans le succès de la lutte contre les épidémies.

- La production, la mise à jour, la diffusion des protocoles standards de prise en charge ;
- la supervision et l'évaluation systématiques des personnels, avant et après le déclenchement d'une alerte épidémique ;
- la formation et le recyclage des personnels des centres de santé en matière de prise en charge correcte des cas ;
- l'identification des sites de stockage des médicaments d'urgence ;
- l'estimation systématique des besoins en médicaments et autres produits (désinfectants et insecticides) ;
- l'approvisionnement des sites identifiés en temps opportun;
- la mise en place des outils de prévision et de gestion des stocks en fonction des besoins réels.

L'accessibilité financière des populations aux soins pendant les épidémies peut poser problème; à cet effet, la mise en œuvre d'une réglementation appropriée en matière de gratuité des soins sera nécessaire ;

Vaccination de masse

Une application correcte des stratégies de vaccination de masse par les équipes de district et les centres de santé constitue un facteur de succès dans la maîtrise rapide des épidémies. Il est par conséquent indispensable de mettre en place aux niveaux appropriés, de stocks de sécurité en vaccins, équipements et consommables et un système de gestion efficace. .

Les Etats participants décident de mener les actions suivantes:

- l'élaboration, la diffusion et la mise en œuvre des stratégies nationales de vaccination de masse ;
- la formation / recyclage, la supervision et l'évaluation des personnels, notamment en matière d'organisation des campagnes de vaccination ;
- l'identification des sites de stockage de vaccins et consommables et leur approvisionnement afin d'assurer une mise à disposition rapide ;
- la mise en place des outils pour estimer les besoins en vaccins en fonction de la stratégie retenue et la population de la zone à risque ;
- l'évaluation de campagnes de vaccination en terme de couverture atteinte et d'efficacité.

L'accessibilité financière des populations aux vaccinations lors des campagnes de masse sera garantie.

Gestion des épidémies

La mise en place et le fonctionnement approprié des comités intersectoriels de gestion des épidémies à tous les niveaux du système de santé sont indispensables. Pour ce faire il faudra mettre en place un système d'information pour le suivi et l'évaluation des interventions, la maîtrise de l'information pour le public et assurer la disponibilité de ressources spécifiques pour la réponse aux épidémies.

La coordination de tous les intervenants pendant les opérations de lutte est une condition de succès.

Les Etats participants décident de mener les actions suivantes :

- la création et / ou la redynamisation des comités intersectoriels permanents de gestion des épidémies;
- l'élaboration de plans d'action par ces comités ;
- l'élaboration la diffusion et l'utilisation des outils de surveillance des opérations ;
- l'évaluation systématique de la réponse aux épidémies à chaque niveau de responsabilité ;
- la diffusion des rapports sur les épidémies ;
- la mise en place de mécanismes de communication des informations dans lesquels les comités de gestion de l'épidémie jouent le rôle central ;
- la création d'un fonds et l'allocation d'un budget national pour la lutte contre les épidémies ;
- la mise en place de structures et de mécanismes de coordination de l'action des partenaires.

Mobilisation sociale

Pour assurer une mobilisation effective des populations en faveur de la lutte contre les épidémies,

Les Etats participants décident de mener les actions suivantes :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre les épidémies ;
- la production de messages ciblés.

En ce qui concerne la lutte contre le choléra, les Etats participants conviennent de :

- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention à court terme notamment la chloration de l'eau de boisson, les mesures d'hygiène individuelle et collective et appropriée des populations.
- L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention à moyen et à long termes : mesures d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable des populations à risque.

L'utilisation des média déjà disponibles sera privilégiée, y compris les moyens de communication, de proche en proche, au niveau communautaire.

Coopération

Pour assurer une information rapide et régulière des pays voisins, des partenaires et des instances internationales, et favoriser une' coordination des interventions des partenaires,

Les Etats participants décident de mener les actions suivantes:

- la notification rapide et complète de toute alerte épidémique ;
- la diffusion des documents de stratégie et les plans d'action aux partenaires ;
- l'évaluation des mécanismes de coordination avec les partenaires.

Chapitre 3 : Coopération entre les pays

Les Etats participants décident de coopérer dans les domaines cités ci-dessus afin que les efforts individuels de chacun des pays puissent être soutenus par des actions menées collectivement.

Surveillance épidémiologique

Les Etats participants mettront en commun leur expertise et leurs ressources, notamment en matière de formation. Ils s'attacheront à coopérer de la formation des formateurs, à charge pour ces formateurs de mettre en œuvre un plan de formation dans leur pays.

Des experts et des consultants nationaux ainsi que des Organismes sous-régionaux seront identifiés et rendus disponibles dans les plus brefs délais à tout pays qui en ferait la requête. Ces personnes ressources travailleront sous la coordination de l'équipe d'appui technique inter – pays que l'OMS a mise en place dans la sous – région.

Renforcement des laboratoires

Les Etats participants coordonneront leurs efforts pour assurer les analyses spécialisées et

pour former et recycler les techniciens des laboratoires nationaux. Ils demanderont à l'OMS de mettre en place un réseau de laboratoires de référence sous-régionaux. Ces laboratoires sous-régionaux joueront également un rôle de référence en matière de surveillance de la sensibilité des germes aux médicaments et du contrôle de qualité.

Prise en, charge des cas et campagne de vaccination de masse

Les Etats participants harmoniseront, le protocole de prise en charge et leur stratégie de vaccination, en période épidémique, notamment dans les zones frontalières.

Ils demanderont à l'OMS de mettre en place des stocks sous-régionaux de médicaments, de produits de désinfection, d'insecticides et de vaccins, et de coordonner l'échange et la circulation des médicaments et des vaccins entre les pays, en cas de besoin urgent. Les commandes groupées de médicaments seront envisagées.

Par ailleurs les Etats participants demandent à l'OMS de poursuivre l'étude de la faisabilité d'une production de vaccins et de médicament dans la sous – région.

Echange d'information

Les Etats participants s'engagent à notifier immédiatement toute alerte épidémique à l'Oms. Dans le même temps, ils assureront, entre eux, un échange d'informations épidémiologiques, ainsi que toute information sanitaire d'intérêt général pour la lutte contre les épidémies. La même information sera partagée avec les partenaires.

Les Etats participants demanderont à l'Oms de faciliter cet échange d'information, conformément à son mandat. Ils conviennent de la constitution d'une liste d'experts nationaux et la mise en place de mécanisme d'échange de ce personnel.

Chapitre 4 : Cadre de la coopération sous – régionale

Le plan de coopération pour la lutte contre les épidémies annexé à ce protocole énumère les résultats attendus, les activités à mener, les indicateurs de surveillance et d'évaluation, les échéances d'exécution, les responsabilités de mise en œuvre et les ressources ' nécessaires.

Les Etats participants conviennent de s'entraider en cas d'épidémie majeure selon les besoins exprimés par chacun, sous forme d'appui soit technique, soit matériel. Ils demandent à l'OMS de faciliter l'expression de cette solidarité, notamment au travers de son équipe d'appui technique inter- pays.

Une surveillance régulière de la mise en œuvre de cette coopération sera faite au travers de mécanismes appropriés, dont la coordination est assurée, à la demande des Etats participants, par l'Organisation mondiale de la santé. Une réunion annuelle des Ministres de la santé sera organisée afin d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du présent protocole de coopération.

Les Etats participants s'engagent à mettre en place des mesures appropriées de coopération administrative frontalière afin de minimiser les problèmes liés à la circulation des personnes et des biens en cas d'épidémie.

En prenant le présent protocole comme point de départ et comme catalyseur, les Etats participants ont l'intention d'étendre leurs domaines de coopération et de créer progressivement un espace sanitaire sous-régional doté de mécanismes opérationnels et de ressources adéquates.

Chapitre 5 : Conclusion

Nous soussignés, persuadés de la pertinence et de la faisabilité de la coopération entre les Etats participants

- nous engageons solennellement à mettre en œuvre le plan de coopération annexé ci-après, en vue d'assurer une lutte coordonnée contre les épidémies notamment de méningite, de

choléra, de rougeole et de fièvre jaune dans la sous – région de l'Afrique de l'ouest, l'Algérie et le Tchad ;
- appelons tous les partenaires à poursuivre leur coopération technique et financière dans le domaine de la lutte contre les épidémies en se référant aux priorités nationales et sous régionales exposées dans ce protocole ;
- prions l'Organisation mondiale de la santé, conformément à son mandat, de coordonner toutes les actions d'appui international à la mise en œuvre de ce protocole, que ce soit dans le domaine technique ou dans celui de la mobilisation des ressources auprès de la communauté internationale.

Tout pays appartenant au même bloc épidémiologique pourra, à sa demande, adhérer au présent protocole.

Le présent protocole de coopération entrera en vigueur dès sa signature.

Fait à Ouagadougou le 25 octobre 1996,

NB : Protocole signé par les ministres de la santé et de l'intérieur des pays du bloc épidémiologique ouest africain.

République du Mali

Modibo Sidibé — Lieutenant colonel Sada Samaké

Ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées — Ministre de l'administration territoriale et de la sécurité,

République du Niger

Madame Abdoulaye Mariama Sambo — Pour

Ministre de la santé publique, — Le Ministre de l'intérieur,

Monsieur Bargagi Abdou

Secrétaire général adjoint,

Federal Republic of Nigeria

Docteur Ihechukwu Madubuike

Honourable Minister of Health

République du Sénégal

Pour le Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Monsieur Abdoul Aziz Diop

Directeur de cabinet

République du Tchad

M. Kedellah Younouss Hamid — Docteur Ngartola Ngarbaroum

Ministre de la santé publique — Secrétaire d'Etat à l'intérieur et à la sécurité

République du Togo

M. Sama Koffi — Pour le Ministre de l'intérieur et de la

Ministre de la santé sécurité du Togo

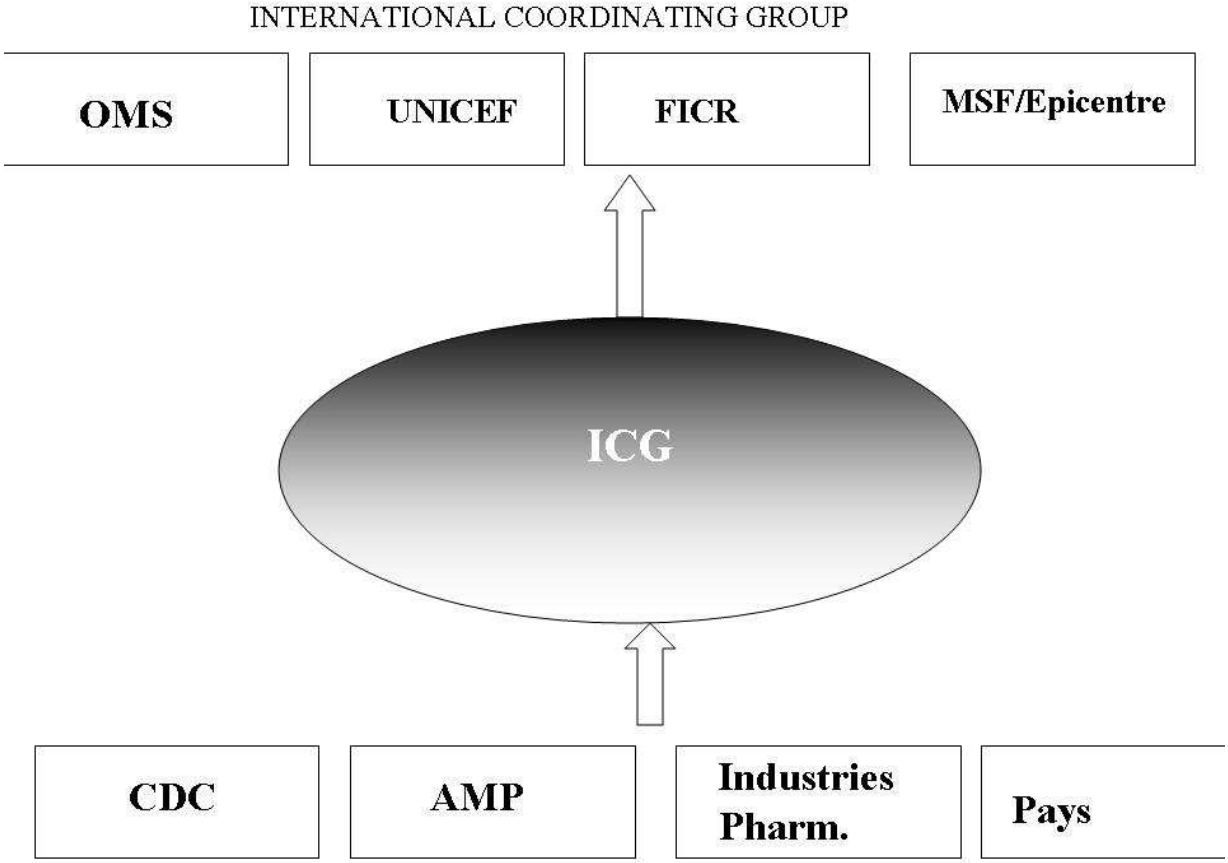
Djibril ET. Tchagbeleh
Attaché de cabinet

Pour l'Organisation mondiale de la santé
For the World Health organization

Docteur Ebrahim Malick Samba

Protocole de coopération pour la lutte contre les épidémies dans les pays d'Afrique de l'ouest, l'Algérie et le Tchad, 25 octobre 1996 à Ouagadougou.

ANNEXE : Schéma organisationnel de l'ICG



ANNEXE : Estimation et prise en charge du coût de la thèse

Cet exercice a été fait lors du programme nouveau chapitre de la thèse (NCT) avec l'Association Bernard Gregory et l'EHESS, cette thèse est une thèse peu coûteuse comparée à la plupart des thèses. La principale raison est qu'elle a été conduite la plupart du temps en Afrique où le coût de la vie est moins élevée. Ensuite deux années de thèse n'ont pas été financées ce qui ramène le revenu de l'étudiant à une somme modeste. Enfin, le salaire du premier directeur de thèse est un salaire nigérien or il a été indexé selon le salaire français. Cette thèse a coûté en réalité moins de 90 000€.

Le coût de la direction de recherche a été calculé au prorata du temps consacré à la thèse sur les années. Le poste budgétaire le plus élevé concerne les ressources humaines.

Montants en euros TTC

	Nature de la dépense	**Détails ***		**Coûts totaux (euros TTC)**			
				Nombre d'unités	**Coût unitaire moyen**	**Quote-part utilisation**	**Total**
1	**Ressources Humaines**						
1.1	Doctorant	Salaire brut	Charges	44	709,5		31218
1.2	Encadrant 1	Salaire brut	calculé sur l'indice français, le directeur de recherche reçoit en réalité 980€/mois	44	4000	0,10	17600
1.3	Prime Encadrement						
1.4	Encadrant 2	Salaire brut	Charges	44	4000	0,05	11440
1.6	Chercheurs LASDEL	Salaire brut	Charges				

	Jury de Thèse						3000
1.7	Informateur/Interprète			4	92		276
	Sous-total Ressources Humaines						**63534**
2	**Consommables**						
2.2	Fournitures de bureau	Papiers et cartouches					100
	Sous-total Consommables						**100**
3	**Infrastructures**						
3.1	Entretien, gardiennage, secrétariat			27	87		2349
3.2	Loyers des locaux (Maison Niger et France)	Loyer brut	Charges locatives	43	125		5375
3.4	Autres		table de bureau	2	10		100
	Sous-total Infrastructures						**7824**
4	**Matériel (amortissements)**						
4.1	Matériel d'expérimentation (dont les ordinateurs et logiciels spécialisés)	Taux d'amortissement		2	500		1000
4.2	Ordinateur de bureau	Acheté novembre 2011		1			100
4.3	Logiciels de bureau	Taux d'amortissement		1			145
4.4	Autre	Taux d'amortissement	**Dictaphone, appareil photo, piles**	4	24		180
	Sous-total Matériel						1425

5	**Déplacements**						
5.1	Missions en France	Transport	Hébergement + autres frais				
5.2	Missions à l'étranger	Transport	Hébergement + autres frais	3			4500
5.3	Congrès en France	Transport	Hébergement + autres frais	3			783
5.4	Congrès à l'étranger	Transport Niamey=1500+transport Nairobi=1800	Hébergement & nourriture Nairobi(1300)+ hébergement& nourriture Niamey(1000)	2			5600
	Sous-total Déplacements						**10883**
6	**Formation**						
6.1	Formations	2 formations	Université d'été Charente Maritime+NCT				2000
6.2	Autres frais (Inscription à l'Université, Sécurité Sociale étudiante, etc.)						1935
	Sous-total Formation						**5935**
7	**Documentation et communication**						
7.1	Affranchissements, Internet, téléphone						300
7.2	Publicité, communication, impressions	Direct	Sous-traitance agence				450
7.3	Documentation (périodiques, livres, bases de données, bibliothèque, etc.)						300
	Sous-total						**1700**

	Documentation et communication						
10	**TOTAL**						**91401€**